



Kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblematiek

Een verkennend onderzoek naar een project voor kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblematiek (MOP) in opdracht van de provincie Overijssel

Bert Prinsen, Wieneke Bruinsma & Marjolein Oudhof
Nederlands Jeugdinstituut / NJi
Afdeling Jeugdzorg & Opvoedhulp
<http://www.nji.nl>

Februari 2008

Inhoud

1.	INLEIDING	5
2.	WERKWIJZE IN DEZE STUDIE.....	6
3.	DE PROBLEMATIEK: MEERVOUDIGE ONTWIKKELINGSPROBLEMEN	7
	Meervoudige ontwikkelingsproblemen: waar hebben we het over?.....	7
	Welke combinaties van problemen komen voor?	9
	Hoe vaak komen de problemen voor?	10
	Praktijkgegevens	14
	Meervoudige problemen op de basisschool	15
4.	DE DOELGROEP	16
	De omvang van de doelgroep in Nederland	16
	De omvang van de doelgroep in Overijssel	19
	De kenmerken van de doelgroep.....	19
5.	DE HULPVERLENING	25
	Reguliere hulpverlening in Nederland en knelpunten	25
	Reguliere hulpverlening in Overijssel.....	28
	Het project Kinderen met Meervoudige Ontwikkelingsproblematiek	30
6.	ANDERE INTERDISCIPLINAIRE AANPAKKEN.....	31
7.	STAKEHOLDERANALYSE	35
	Van eerste zorgen en signalen naar meervoudige diagnostiek	35
	Financiering	35
8.	CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	38
	Literatuur	42
Bijlage 1	Kenmerken van de doelgroep	46
Bijlage II	Andere interdisciplinaire projecten/ aanpakken	50
Bijlage III	Het MOP-project	59
Bijlage IV	Wet op de jeugdzorg.....	61
Bijlage V	Geraadpleegde personen	66

1. INLEIDING

De provincie Overijssel wil als de regievoerder voor de geïndiceerde, psychosociale jeugdzorg proefprojecten ondersteunen, die innovatief, efficiënt en effectief de werking van de jeugdzorg verbeteren. In dat kader heeft zij het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) gevraagd een verkennende studie te doen naar het project "**Kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblemen**", dat op 5 februari 2007 is ingediend door de Voorbereidingsgroep Centrum MOP. Dit project heeft ten doel de interdisciplinaire diagnostiek en behandeling te verbeteren van kinderen met diffuse, meervoudige somatische, gedrags- en algehele ontwikkelingsproblemen, zoals verwoord in de notitie "*Kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblemen (MOP), een interdisciplinaire benadering*". De provincie is hierin met name geïnteresseerd omdat het project vanuit het perspectief van de cliënt een verbinding legt tussen somatische zorg en psychosociale zorg voor jeugdigen in de eerstelijnsgezondheidszorg. In dit rapport presenteren we de resultaten van de verkennende studie die het NJI naar deze aanpak verrichtte, waarbij de volgende vraagstellingen als leidraad hebben gediend:

Wat is de aard en de zwaarte van de combinatieproblematiek?

Wat is de omvang van de doelgroep in Nederland respectievelijk Overijssel?

Is uit signalen uit het werkveld bekend of er knelpunten of hiaten zijn in de hulpverlening aan kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblemen, doordat de verbinding van de psychosociale jeugdzorg met de somatische zorg te weinig wordt gelegd?

Hoe ziet in een korte schets de werkwijze van het huidige project er uit?

Is uit vergelijkbare projecten iets bekend over de effecten van de huidige manier van werken op het behandelde kind en zijn omgeving?

sneller herstel t.o.v. afzonderlijke behandeling;

beter herstel t.o.v. afzonderlijke behandeling;

geringere belasting voor het kind in het herstel.

Wat zijn de kenmerken van de doelgroep in termen van belanghebbenden? Wie zijn belanghebbenden (verzekeraars, provincie, gemeente, rijk) en voor welk financieel deel?

Wat zijn, op basis van beantwoording van voorgaande vragen, de mogelijke verbeteringen ten opzichte van de huidige werkwijze? Hoe ziet een korte doorkijk/schets van meest aangewezen wijze van werken in een proefproject er uit?

2. WERKWIJZE IN DEZE STUDIE

De resultaten van deze studie zijn langs de volgende wegen tot stand gekomen:

a. Literatuurstudie

Om te beginnen is een uitvoerige literatuursearch gedaan in met name de Nederlandse onderzoeksliteratuur naar de problematiek, de prevalentiecijfers, comorbiditeit (het tegelijkertijd aanwezig zijn van verschillende aandoeningen) en de doelgroep. Ook is geïnventariseerd welke zorgvoorzieningen en -programma's, die in de provincie Overijssel en de rest van Nederland beschikbaar of in ontwikkeling zijn. Ook is gekeken naar naastliggende, vergelijkbare (interventie)programma's die aanwijzingen bevatten voor de werkzaamheid van de MOP-aanpak.

b. Raadpleging stakeholders en experts

In het gehele traject is geregeld contact geweest met de initiatiefnemers, in het bijzonder met Onno Sijperda en Bert Halfwerk, en de opdrachtgever. Ondertussen zijn experts en stakeholders in Overijssel geraadpleegd, te weten:

- Henk van Duijn procesmanager Multi Disciplinair Overleg van de gemeente Hengelo;
- Willem van Beek bij Bureau Jeugdzorg Overijssel;
- Ria Nijhof, procesmanager KANS regio Noordoost Twente;
- Saskia Dulk van Integrale Vroeghulp IJsseloevers;
- Jannie Brünink van de GGD Zwolle.

-

Ook is contact gezocht met landelijke experts op dit terrein, te weten:

- Ton Vogels van TNO Preventie & Gezondheid te Leiden,
- Carolien Konijn, hoofd van de afdeling Jeugdzorg & Opvoedhulp NJI te Utrecht en medewerkers,
- prof. dr. Menno Reijneveld van de Vakgroep Sociale Geneeskunde van het Universitair Medisch Centrum Groningen
- Anne Willems, hoofd Loket Vroeghulp Midden Brabant te Tilburg,
- onderzoekers van het CBS,
- Dolf van Veen, hoofd Onderwijs & Jeugdzorg van het NJI te Utrecht.

De uitkomsten van de stand van zakenstudie zijn besproken met de opdrachtgever en de initiatiefnemers en voorgelegd aan de genoemde experts.

3. DE PROBLEMATIEK: MEERVOUDIGE ONTWIKKELINGSPROBLEMEN

Het Mop-project is gericht op kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblemen. Het gaat om een combinatie van medisch-somatische problemen, gedragsproblemen en algehele ontwikkelingsproblemen. De problematiek is complex en diffuus en binnen de reguliere zorg en samenwerkingsverbanden moeilijk in kaart te brengen en in te kaderen, mede omdat de gangbare screenings- en classificatiesystemen hierin te kort schieten. Volgens de projectgroep van het MOP-project openbaren de problemen zich met name bij kinderen in de basisschool-leeftijd van 4 tot en met 12 à 13 jaar. Het gaat om combinaties van de volgende problemen:

1. Somatische en somatoforme problemen
2. Emotionele problemen
3. Gedragsproblemen
4. Leerproblemen
5. Spraak- en taalproblemen
6. Motorische problemen
7. Psychiatrische problemen
8. Gezins- en systeemproblemen.

In deze paragraaf worden de volgende onderwerpen besproken:

- Wat zijn meervoudige ontwikkelingsproblemen oftewel waar hebben we het over (3.1)?
- Welke combinaties van problemen komen voor (3.2)?
- Hoe vaak komen de problemen voor (3.3)?
- Praktijkgegevens (3.4)
- Meervoudige problemen op de basisschool (3.5)

Meervoudige ontwikkelingsproblemen: waar hebben we het over?

Het Sociaal en Cultureel Planbureau en TNO Kwaliteit van Leven deden in 2005 onderzoek naar de leefsituatie, het welzijn, de tijdsbesteding en het voorzieningengebruik van kinderen van 0-12 jaar in Nederland (Zeijl et al., 2005). Hierbij werd ook onderzocht in hoeverre bij deze kinderen sprake is van psychosociale problematiek. Psychosociale problemen vormen een containerbegrip voor een groot aantal verschillende verschijnselen zoals depressie, ADHD, agressief gedrag, bedplassen en eetstoornissen. Ze onderscheiden twee deelgebieden van psychosociale problemen:

- Gedragsproblemen of externaliserende problemen, zoals agressief gedrag, sociale problemen en delinquent gedrag. Externaliserend gedrag betekent 'naar buiten gericht' gedrag. De omgeving ondervindt hier hinder van;
- Emotionele problemen of internaliserende problemen, zoals teruggetrokkenheid, psychosomatische klachten, angsten, depressieve klachten en emotionele reactiviteit. Internaliseren betekent 'naar binnen richten'.

Daarnaast onderscheiden zij een extra categorie 'problemen in overig functioneren'. Dit zijn problemen die niet onder de categorie externaliserende of internaliserende problemen vallen, bijvoorbeeld slaapproblemen. Voor een deel zijn deze problemen specifiek voor een bepaalde levensfase; zo spelen slaapproblemen vooral bij jonge kinderen (Zeijl et al., 2005).

In haar advies aan voormalig staatsecretaris Ross-Van Dorp over vroegtijdige signalering en interventies van gedrags- en opvoedproblemen bij kinderen onderscheidt de Invent Groep (Hermanns, Öry & Schrijvers, 2005) naast externaliserende en internaliserende problemen, de categorie 'zorgwekkende opvoedingssituaties'. Dit zijn gezinsomstandigheden waarin kinderen niet de garantie hebben dat de opvoeding 'good enough' is. Dit impliceert dat de rechten van kinderen geschonden worden. Onderscheiden worden de categorieën verwaarlozing, fysieke en psychische kindermishandeling en geconfronteerd worden met huiselijk geweld.

In het voorstel over de kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblemen is sprake van combinaties van meer dan alleen psychosociale of gezins- dan wel opvoedproblemen. We zullen daarom nu eerst de door de projectgroep genoemde problemen kort omschrijven. We maken hierbij gebruik van informatie uit het classificatiesysteem voor problematiek van jeugdzorgcliënten dat momenteel ontwikkeld wordt door het Nederlands Jeugdinstituut, waarin tevens de classificaties volgens de Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM) zijn opgenomen.

1. Somatische en somatoforme problemen zijn problemen van medische aard. Het kan gaan om een langdurige (chronische) ziekte, aandoening of handicap. De problemen uit zich door lichamelijke klachten. Voorbeelden zijn: gehoorproblemen, epilepsie, diabetes. Somatoforme problemen (of psychosomatische problemen) zijn problemen die zich uit zich door lichamelijke klachten, maar waar geen lichamelijke, maar een psychische oorzaak voor gevonden wordt.
2. Emotionele problemen of internaliserende problemen zijn problemen die naar binnen gericht zijn. Hieronder vallen de volgende probleemcategorieën: introvert gedrag, angstproblemen, separatie-angststoornis, fobieën en specifieke angsten, obsessief-compulsieve stoornis (dwangmatig gedrag), stemmingsproblemen, stemmingsstoornissen (waaronder depressie) en selectief mutisme.
3. Gedragsproblemen ofwel externaliserende problemen zijn problemen die naar buiten gericht zijn. Hieronder vallen de volgende probleemcategorieën: druk en impulsief gedrag, ADHD, opstandig gedrag en/of antisociaal gedrag, oppositioneel opstandige gedragsstoornis, antisociale gedragsstoornis, periodieke explosieve stoornis, kleptomanie, pyromanie en trichotillomanie (i.e. uittrekken van de eigen haren).
4. Leerproblemen zijn problemen in de cognitieve ontwikkeling, waardoor de jeugdige onvoldoende profiteert van het reguliere onderwijsaanbod. Het kan bijvoorbeeld gaan om zwakbegaafdheid of een verstandelijke handicap, maar ook om problemen zoals dyslexie, rekenblindheid of aandachtsproblemen.
5. Spraak- en taalproblemen betreffen de problemen met het (leren) praten. Voorbeelden hiervan zijn: expressieve taalstoornis, fonologische stoornis, stotteren.
6. Motorische problemen zijn problemen in het bewegen, die zich openbaren in zowel de grove motoriek (lopen, werpen, rollen, springen) als in de fijne motoriek (schrijven, tekenen, handvaardigheid).
7. Psychiatrische problemen zijn (psychiatrische) ziektebeelden welke psychisch lijden tot gevolg hebben. De oorzaken zijn meestal niet goed bekend. Alle psychiatrische problemen worden beschreven in de Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM). Voorbeelden zijn: depressie, autisme, schizofrenie, ticstoornis.
8. Gezins- en opvoedproblemen zijn problemen als gevolg van ontoereikende kwaliteiten van de opvoeders, problemen in de ouder-kindrelatie (verwaarlozing, mishandeling, seksueel misbruik e.d.), problemen van de opvoeder of een ander gezinslid of in de omstandigheden van het gezin (bijvoorbeeld met huisvesting).

Het MOP-project richt zich op kinderen waarbij sprake is van een combinatie van twee of meer van deze acht problemen (waarvan in ieder geval een somatisch probleem) in het stadium dat deze problemen nog diffuus en niet gediagnosticeerd zijn.

Het kan bijvoorbeeld gaan om een kind met een meer of minder duidelijke motorische beperking, bij wie op grond van signalen vermoed wordt dat er meer aan de hand is, bijvoorbeeld angstig gedrag en ouders die de situatie niet aan kunnen en hun kind nauwelijks kunnen begeleiden.

Dergelijke problemen zijn meervoudig, complex en diffuus. De problemen ontwikkelen zich gaandeweg en openbaren zich nog wel eens in de periode dat het kind op de basisschool zit, omdat nu andere eisen aan het kind gesteld worden (meer discipline bijvoorbeeld) en nieuwe competenties, vaardigheden en eigenschappen een rol gaan spelen.

Het hierboven genoemde kind kan zich moeilijk concentreren, wordt in de klas steeds drukker, terwijl hij/zij op de peuterspeelzaal nog zo uitbundig kon spelen, hetgeen als gebruikelijk is gezien. Nu heeft het moeite met het leren en begint van zich af te bijten (ook letterlijk). De leerkracht maakt zich zorgen en de ouders misschien ook wel, maar die willen dat nog niet toelaten. Het zorgadviesteam komt er niet goed uit.

We spreken van meervoudige problematiek als sprake is van twee of meer problemen (waarvan in ieder geval een somatisch probleem) op de bovengenoemde acht verschillende gebieden, die zich structureel voordoen en die niet zonder hulp opgelost kunnen worden. De problemen kunnen zich voordoen in verschillende opvoedmilieus van het kind, dat wil zeggen thuis (relatie met ouders), op school en/of in de vrije tijd (contact met leeftijdgenoten). De problemen zijn vanuit het perspectief van de levensloop niet statisch, maar aan verandering onderhevig. Een relatief eenvoudig probleem kan, wanneer het genegeerd of niet gesignaleerd wordt, gaandeweg steeds ingewikkelder worden en in sommige gevallen leiden tot weinig zinvolle perspectieven voor het kind.

Welke combinaties van problemen komen voor?

Om na te gaan welke combinaties van problemen behoren tot de meervoudige, complexe, diffuse ontwikkelingsproblemen van kinderen van 4 tot 12 jaar is in de literatuur gezocht naar cijfers over prevalentie- en comorbiditeit (in bijlage 1 vindt u een uitgebreide beschrijving). Daarbij tekenen we aan dat de meeste informatie is te vinden over de comorbiditeit van psychiatrische problematiek. De mildere problematiek is vaak minder goed gedefinieerd en daardoor minder goed onderzocht, maar dat betekent niet dat die problemen niet samenlopen met andere problematiek.

Veel voorkomende combinaties van problemen, die we aantreffen zijn:

1. Somatische en somatoforme problemen (Cadman et al., 1987; Lavigne en Faier-Routman, 1992; Hermanns, et al., 2005; Wallander & Varni, 1998; Wallander & Thompson, 1995; Eiser, 1990; Scharff, 1997; Borge en Nordhagen, 1995; Egger et al., 1999; Delfos, 2000; Verhulst, 2006):
 - chronisch zieke kinderen (bijvoorbeeld astma, kanker en epilepsie) die ook een beperking in het lichamelijk functioneren hebben, lopen tweemaal zoveel risico op een psychiatrische stoornis;
 - kinderen met een chronische ziekte kennen een verhoogde kans op psychosociale problemen;
 - een goed functionerend gezin is een duidelijke beschermende factor tegen problemen in het psychosociaal functioneren van een kind met een chronische ziekte;
 - hoofdpijn komt vaker voor bij kinderen met recidiverende buikpijn;
 - kinderen van vier tot tien jaar die zowel buikpijn als hoofdpijn hebben, hebben vaker gedragsproblemen en emotionele problemen;
 - bij meisjes bestaat een sterk verband tussen somatische klachten en angststoornissen en depressieve stoornissen;
 - bij jongens werd een verband gevonden tussen een depressieve stoornis en de aanwezigheid van spier- en botpijn;
 - gedragsmoeilijkheden in de kindertijd is verweven met veelvuldig ziek zijn gedurende het eerste jaar;
 - een derde tot de helft van de jeugdigen met een somatoforme stoornis heeft een andere psychiatrische stoornis, meestal een angststoornis of een depressie.
2. Emotionele problemen
 - een kind met een bepaalde angststoornis heeft vaak ook een andere angststoornis;
 - er is comorbiditeit tussen angststoornissen en depressie, ADHD, gedragsstoornissen en middelenmisbruik;
 - onder jeugdigen met een obsessieve-compulsieve stoornis bleek slechts 26% geen comorbide stoornis (tic, depressie, angst) te hebben;
 - bij jeugdigen met een depressie is de comorbiditeit met andere psychiatrische stoornissen (angsten, gedragsproblemen) zo hoog dat een 'ongecompliceerde' depressieve stoornis op deze leeftijd nauwelijks voorkomt (Swedo et al., 1989; Riddle et al., 1992; Verhulst, 2006).
3. Gedragsproblemen
 - 50 en 80% van de jeugdigen met ADHD heeft een andere psychiatrische stoornis, vooral antisociaal gedrag, persoonlijkheidsstoornis, hechtingsproblemen, verwaarlozing, leer- of taal-/spraakstoornis en slaapproblemen;
 - gedragsstoornissen gaan vaak samen met ADHD, depressie, angsten en middelengebruik.
 - (Taylor et al., 2004; Verhulst, Verheij & Ferdinand, 2003; Thapar et al., 2001;)
4. Leerproblemen
 - kinderen met lees- en spellingsproblemen hebben vaak ook psychiatrische stoornissen;
 - kinderen met ernstige leesproblemen hebben vijfmaal zo vaak gedragsstoornissen als kinderen uit de algemene bevolking;
 - ongeveer 30-70% van de kinderen met dyslexie heeft ook ADHD;
 - meisjes met leesproblemen hebben een verhoogde kans op angst en depressie;
 - een dyscalculie (rekenstoornis) gaat vaak samen met dyslexie en ook met ADHD, problemen met de oog-handcoördinatie en met het onthouden van non-verbale zaken.

Jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking hebben meer aandachtsproblemen, agressief en oppositioneel gedrag (ernstige gedragsproblemen) dan normaal begaafde jeugdigen. Ook autisme komt vaker voor net als het plegen van strafbare feiten. Opvoedproblemen zijn minder goed onderzocht, maar er zijn aanwijzingen voor pedagogische tekorten bij ouders van licht verstandelijke

beperkte jeugdigen (Butterworth, 2005; Beitchman & Young, 1997; Fletcher et al., 1999; Willcut & Pennington, 2000; Stoll, Bruinsma & Konijn, 2004; Verhulst, 2006).

5. Taal- en spraakproblemen

Taal- en spraakproblemen zijn vaak geassocieerd met gedragsproblemen en emotionele problemen (Redmond & Rice, 1998). Ook kunnen problemen in de spraak- en taalontwikkeling het meest op de voorgrond staande symptoom zijn van een neurologische aandoening of een gehoorstoornis (Verhulst, 2006).

6. Motorische problemen

'Developmental Coördination Disorder'(DCD; een licht motorische handicap) komt vaak voor in combinatie met andere ontwikkelingsstoornissen, zoals aandachtsstoornissen, hyperactiviteit of dyslexie. Met name wanneer er een combinatie van stoornissen bestaat, is de kans groot op psychosociale problemen (Waelvelde, 2004). Ongeveer 52% van de kinderen met dyslexie kampt ook met DCD (Kaplan, 1998). Het syndroom van Gilles de la Tourette (tic) komt samen voor met een obsessieve-compulsieve stoornis (20-60%), ADHD (circa 50%) of slaapproblemen (Leckman, 2003).

7. Psychiatrische problemen

Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen is hierboven al beschreven. Er zijn meer psychiatrische problemen waar jeugdigen mee te maken kunnen krijgen. Zo heeft 75% van de autisten ook een verstandelijke handicap (Rigter, 2002). Hechtingsstoornissen komen vaker voor samen met ADHD en agressief gedrag en een posttraumatische stressstoornis met angsten, depressie, gedragsproblemen en middelenmisbruik. Een aantal psychiatrische stoornissen komt vaak samen met anorexia nervosa voor, namelijk depressie (bij 50 tot 70%), angststoornissen (bij bijna 60%) of een obsessief-compulsieve stoornis. Bij boulimia komen vaak persoonlijkheidsstoornissen voor (Verhulst, 2006).

8. Gezins- en systeemproblemen

Gezinnen met kinderen met een psychiatrische stoornis staan meer onder druk dan gezinnen met jeugdigen zonder deze problemen. Dit kan ook bij de ouders problemen veroorzaken. Daarnaast kunnen psychiatrische of pedagogische problemen van de ouders bij de kinderen stress en problemen veroorzaken of tot mishandeling en verwaarlozing leiden (Kijlstra et al., 2005). In 2005 waren er ruim 38.000 meldingen van vermoedens van mishandeling (Wolzak, 2006).

Meervoudige problematiek komt dus in allerlei combinaties voor. Dat is duidelijk, zelfs al valt op voorhand niet te voorspellen in welke combinatie de problemen zich zullen openbaren. Dat we hier met een relevant vraagstuk te maken lijkt dus alleszins aannemelijk. Dat roept vanzelf de volgende vraag op: hoe vaak komen die meervoudige problemen dan voor?

Hoe vaak komen de problemen voor?

Aangezien we afhankelijk zijn van beschikbare informatie kan de leeftijdscategorie waarover gerapporteerd wordt, wisselen. Er blijken nauwelijks actuele cijfers beschikbaar die een indicatie geven van de psychosociale ontwikkeling en het welbevinden van kinderen in Nederland. Uitzondering vormen de signaleringsgegevens van de jeugdgezondheidszorg, die bij 25% van de 5 tot 15 jarigen één of meer psychosociale problemen constateren (Brugman, 2001), het bevolkingsonderzoek van Burger (2001) dat tot een percentage van 14% komt en het onderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau en TNO naar de leefsituatie, het welzijn, de tijdsbesteding en het voorzieningengebruik onder 4776 kinderen van 0-12 jaar (Zeijl et al., 2005). Daaruit bleek:

- 13% van de basisschoolleerlingen heeft een langdurige ziekte of handicap. Van deze kinderen wordt 5% sterk en 58% licht belemmerd in het dagelijks leven.
- 6% van de basisschoolleerlingen heeft psychosociale problemen. Emotionele problemen komen iets vaker voor dan gedragsproblemen.
- 6% van de ouders met een kind in de basisschoolleeftijd heeft een negatieve opvoedbeleving. Deze ouders vinden de opvoeding belastend, maken zich veel zorgen over de ontwikkeling en opvoeding van hun kind en hebben vaak het gevoel dat ze niet weten wat ze moeten doen in verschillende opvoedsituaties.

Dit onderzoek laat een verband zien tussen het hebben van een langdurige lichamelijke aandoening en psychosociale problemen, vooral emotionele problemen. Ouders van kinderen met psychosociale problemen zijn vaker negatief gestemd over de opvoeding dan andere ouders. Ouders van kinderen in

de basisschoolleeftijd met een langdurige lichamelijke aandoening zijn ook vaker negatief over de opvoeding dan andere ouders. Bij 5% van de kinderen is tegelijkertijd sprake van meerdere problemen en een negatief beleefde opvoedingssituatie. Uitgaande van het feit dat er in Nederland in 2005 ongeveer 2,6 miljoen 0-12 jarigen zijn, dan gaat het in absolute aantallen om ongeveer 130.000 kinderen met meervoudige problematiek. In 2006 telde de provincie Overijssel 172.446 kinderen tussen de 0-12 jaar. Hier gaat het in absolute getallen dan om circa 8622 kinderen met meervoudige problemen (Provincie Overijssel, 2006). Dat is minder dan gebruikelijk, want van de kinderen tussen de 4 en 16 jaar die gescreend worden door middel van de SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) wordt in het algemeen ongeveer 10% gesignaleerd voor psychosociale problemen (Goedhart, Treffers & Van Widenfelt, 2003). Maar hoe zit het dan met de afzonderlijke problemen? Wat weten we van hun prevalenties al of niet in combinatie met andere problemen. We geven voor elk van de acht probleemgebieden de cijfers.

1. Somatische en somatoforme problemen

In de Verenigde Staten wordt het aantal jeugdigen onder de 18 jaar dat aan een chronische aandoening lijdt, geschat op 10-31% (Newachek & Taylor; Cadman, Boyle, Szatmari & Offord, 1987). Het gaat bij 10% van de jeugdigen met een chronische aandoening om een ernstige aandoening (Wallander & Varni, 1998). Cijfers over de Nederlandse situatie ontbreken, maar de verwachting is dat deze min of meer overeenkomen met die van de Verenigde Staten (Hermanns et al., 2005).

Uit het internationale onderzoek '*Health behavior in School-aged Children*' (HBSC), dat in Nederland in 2001 en 2005 is uitgevoerd onder scholieren van 11 tot en met 16 jaar, kwam naar voren dat ongeveer 14% van de jeugd in het reguliere onderwijs last zegt te hebben van een chronische kwaal. Een kleinere groep van 4 tot 6% zegt van die kwaal last te ondervinden op school of bij vrijetijdsactiviteiten. Jongens hebben vaker last van astma en ADHD-achtige symptomen, terwijl meisjes vaker lijden onder migraine en allergieën (Van Dorsselaer, Zeijl, Van den Eeckhout, Ter Borgt & Vollebergh, 2005).

Uit de 'Gezondheidsmonitor Kinderen' in Zwolle blijkt dat ongeveer 30% van de kinderen in Zwolle een langdurige ziekte of aandoening heeft die door de arts is vastgesteld (23% voor de regio IJssel-Vecht). Het gaat hier om eczeem bij 15% van de kinderen en astma/CARA bij 9% van de kinderen. Astma/CARA komt meer voor bij jongens. Verder heeft 16% van de kinderen één of meer allergieën. Allergieën komen vaker bij jongens en bij oudere kinderen voor. (Baltissen et al., 2006a/ 2006b). Bijna 40% van alle scholieren, zowel op de basisschool als in het voortgezet onderwijs, heeft vaker dan eens per week last van psychosomatische klachten. Basisschoolleerlingen noemen relatief vaak slaapproblemen (17%), een slecht humeur (15%), zenuwachtigheid (11%) en hoofdpijn (10%).

Lichamelijke klachten zonder duidelijke lichamelijke oorzaak komen frequent voor bij jeugdigen. In twee bevolkingsonderzoeken werd een lifetime prevalentie van somatoforme stoornissen van 13% gevonden bij jeugdigen van 12-24 jaar (Lieb et al., 1998; Essau et al., 2000). Ongeveer 10% van de kinderen op de schoolleeftijd had gedurende een periode van drie maanden ten minste drie aanvallen van buikpijn die zo ernstig waren dat het dagelijks leven erdoor verstoord werd. Bij ongeveer 6-8% van deze kinderen met buikpijnklaarten bleken de klachten veroorzaakt te worden door een lichamelijke aandoening (Verhulst, 2006). Niet-organische buikpijn is dus een frequent probleem. Bij kinderen tot 8 jaar is buikpijn de meest gerapporteerde vorm van pijn, terwijl na het achtste jaar pijn in de ledematen, hoofdpijn en buikpijn het meest genoemd worden. Het voorkomen van pijn op meerdere plaatsen, vooral de combinatie hoofdpijn en buikpijn, nam toe met de leeftijd en trad vaker op bij meisjes dan bij jongens (Perquin et al., 2000).

In Zwolle blijken veel ouders aan te geven dat hun kind slecht eet (39%), slecht slaapt (23%) en slecht drinkt (15%). In de Regio IJssel-Vecht slaapt 22% van de jonge kinderen en 18% van de oudere kinderen slecht. Zowel in Zwolle als in Regio IJssel-Vecht is voor 6% van jonge kinderen bedplassen een probleem en worden bij oudere kinderen lichamelijke klachten veel genoemd (19%) (Baltissen et al., 2006a/2006b).

2. Emotionele problemen

Ongeveer 10% van de jeugdigen in de algemene bevolking in Nederland lijdt aan een angststoornis. Angststoornissen zijn de meest prevalentie psychiatrische stoornissen van de kinderleeftijd en in de adolescentie. Angststoornissen zijn vrijwel net zo persistent als gedragsstoornissen of ADHD.

Angststoornissen komen meer voor bij meisjes dan bij jongens en meer bij adolescenten dan bij kinderen (Verhulst, 2006). De prevalentie van de verschillende angststoornissen staat in tabel 1.

Tabel 1. Prevalentie van angststoornissen (Verhulst, 2006)

Separatieangststoornis	3%
Angststoornis algemeen	2%
Specifieke fobie	3%
Sociale fobie	1%
Agorafobie	0,7%
Paniekstoornis	0,2%
Enige angststoornis	10,5%

In een steekproef van dertien- tot achttienjarigen uit de algemene bevolking bleek dat bij ongeveer 1% sprake was van een obsessief-compulsieve stoornis (Verhulst et al., 1997; Verhulst, 2006). Ongeveer evenveel meisjes als jongens hebben de aandoening. De prevalentie van depressieve stoornissen varieert per studie en ligt tussen 0,5 en 2,5% bij kinderen en tussen 1 en 6% bij jongeren (Simonoff et al., 1997; Olsson & Von Knorring, 1999). In een Nederlandse steekproef onder dertien- tot achttienjarigen was de prevalentie voor een depressieve episode 2,8% en voor een dysthyme stoornis 1,5% (Verhulst, 2006).

De prevalentie van selectief mutisme wordt geschat op minder dan 1 op de 1000 kinderen, hoewel Scandinavische onderzoeken op iets hogere prevalenties komen (Kristensen, 2000). De stoornis komt, in tegenstelling tot veel psychiatrische stoornissen op de kinderleeftijd, iets vaker voor bij meisjes dan bij jongens. Het niet tegen vreemden praten van jonge kinderen is geen onbekend verschijnsel. Er zijn kinderen die de eerste maanden op de basisschool weigeren te praten (Verhulst, 2006).

3. Gedragsproblemen

De prevalentie van ADHD gedefinieerd volgens DSM-IV-criteria wordt geschat op 3 tot 5% voor kinderen op de basisschoolleeftijd (Buitelaar, 2002). De prevalentie neemt iets af bij toename van de leeftijd en is ongeveer 1,5% bij adolescenten. ADHD komt vaker voor bij jongens dan bij meisjes, in een verhouding van ongeveer 3:1 in de algemene bevolking (Verhulst, 2006). In Zwolle is bij 2% van de kinderen ADHD vastgesteld door een arts, in de regio IJssel-Vecht bij 1% van de kinderen (Baltissen et al., 2006a/ 2006b).

In een steekproef van dertien- tot achttienjarigen uit de algemene bevolking in Nederland werd een prevalentie voor antisociale gedragsstoornis gevonden van 5,6% en voor een oppositioneel opstandige gedragsstoornis van 0,7% (Verhulst et al., 1997). De prevalentie van antisociale gedragsstoornis voor jongens was groter dan die voor meisjes. Voor oppositioneel opstandige gedragsstoornis werd geen geslachtsverschil in prevalentie gevonden (Verhulst, 2006). Deze prevalenties zijn gebaseerd op DSM-III-R-criteria zonder rekening te houden met het algemene niveau van functioneren. Prevalenties bepaald in combinatie met een maat voor algemeen disfunctioneren in het dagelijks leven waren voor antisociale gedragstoornis 1,5% en voor oppositioneel opstandige gedragsstoornis 0,6%.

4. Leerproblemen

Geschat wordt dat specifieke lees- en spellingsproblemen bij 3 tot 10% van de schoolgaande kinderen voorkomen. Deze problemen komen in de algemene bevolking evenveel voor bij jongens als bij meisjes (Willcutt & Pennington, 2000). De prevalentie van dyscalculie wordt geschat tussen de 1 en 6% (Verhulst, 2006). Door het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen zijn schattingen gemaakt van de mate van onderwijsachterstand gebaseerd op achtergrondkenmerken van leerlingen (ethniciteit, opleiding ouders). Deze schattingen gaan ervan uit dat in 2002/2003 ongeveer 26% van de basisschoolleerlingen potentiële achterstanden hadden.

Er zijn in Nederland in totaal 439.000 jeugdigen tussen de 5 en 18 jaar met een IQ tussen de 50 en 85. 253.500 van deze jongeren (58%) kampen daarnaast met een beperkte sociale redzaamheid en bijkomende problematiek (Stoll et al., 2004). Op basis van onderzoek kan geconcludeerd worden dat de prevalentie van bijkomende problematiek, met name psychopathologie, hoger is bij jeugdigen met een licht verstandelijke beperking dan in de algehele populatie. De meest gangbare schatting is dat de prevalentie van psychopathologie bij licht verstandelijk beperkten drie tot vier keer zo groot is dan in de algemene populatie (Stoll et al., 2004).

5. Spraak- en taalproblemen

Er zijn geen prevalentiecijfers bekend van taalstoornissen zoals gedefinieerd volgens de DSM-IV. Voor de breder gedefinieerde specifieke taalontwikkelingsstoornis zijn wel gegevens bekend. De prevalentie bij vijfjarigen is ongeveer 7% (Tomblin et al., 1997; Johnson et al., 1999). Onderzoek onder peuters toonde aan dat 13% van de kinderen van 24 tot 29 maanden uit de algemene bevolking een achterstand in de expressieve taal had (Rescorla & Achenbach, 2002). In een Nederlands bevolkingsonderzoek gaven leerkrachten aan dat ruim 20% van de jongens en 10% van de meisjes van zes en zeven jaar een spraakprobleem had. Op tien- en elfjarige leeftijd waren deze percentages respectievelijk 15 en 5%, en op twaalf- en dertienjarige leeftijd voor beide geslachten rond 5% (Verhulst et al., 1997). Onderzoeken die prevalenties geven van spraakproblemen vastgesteld met behulp van formele tests, rapporteren lagere percentages. Shriberg et al. (1999) bijvoorbeeld rapporteerden een prevalentie van spraakachterstand van bijna 4% bij zesjarigen. Bij 12% kwam ook een taalachterstand voor (Verhulst, 2006).

In Zwolle blijkt 9% van de kinderen, volgens de ouders, 'soms' of 'vaak' slecht te spreken, (13% in de regio IJssel-Vecht). Voor 8% van de kinderen wordt aangegeven dat zij (soms) taalproblemen hebben (13% in de regio IJssel-Vecht). Taalproblemen komen meer voor bij oudere kinderen (6 tot 12 jaar) (Baltissen et al., 2006a/ 2006b).

6. Motorische problemen

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie heeft 6% van alle kinderen (met een normale intelligentie) een lichte motorische ontwikkelingsstoornis, 'Developmental Coordination Disorder' (DCD) (gekeken naar de DMS-IV). Hier gaat het bij 70% van de gevallen om jongens (www.dyspraxiafoundation.org.uk). Volgens Niemeijer (2007) heeft 5 tot 10% van de basisschoolleerlingen in Nederland een dergelijke licht motorische stoornis.

In Zwolle (en de regio IJssel-Vecht) ontwikkelt 7% van de kinderen, met name jongens, zich motorisch minder goed volgens de ouders (Baltissen et al., 2006a/ 2006b).

De prevalentie van tics varieert sterk tussen de verschillende onderzoeken en wordt geschat op 6 tot 10%. Tics komen meer voor bij jongens dan bij meisjes, in de verhouding 3:1, komen het meest voor op de leeftijd van negen tot elf jaar en meer bij kinderen met ADHD dan bij kinderen zonder ADHD (Spencer et al., 1999; Snider et al., 2002). Het percentage van het syndroom van Gilles de la Tourette wordt geschat op 0,1 tot 2% (Hornsey et al., 2001). Dit syndroom komt meer voor bij jeugdigen met een pervasieve ontwikkelingsstoornis. De verhouding jongens/meisjes voor het syndroom van Gilles de la Tourette is waarschijnlijk dezelfde als die voor alle tics (Verhulst, 2006).

7. Psychiatrische problemen

De prevalentie van een psychiatrische stoornis in combinatie met een belemmering van het functioneren, varieert van 4,8-5,9% (Hermanns et al., 2005). In een overzicht van 32 onderzoeken komt Fombonne (2003) tot een prevalentiecijfer van autisme dat ligt op 0,1%; een prevalentie die Verhulst (2006) onderschrijft. Voor het hele ASS-spectrum komen schattingen uit op 27,5 tot 60/10.000. De prevalentie van het syndroom van Asperger is niet bekend, maar wordt geschat op 2,5/10.000. Het syndroom van Rett, dat alleen bij meisjes voorkomt, en de desintegratieve stoornis van de kindertijd zijn zeer zeldzaam en worden qua prevalentie op minder dan 1/10.000 geschat (Verhulst, 2006). De verhouding jongens/meisjes bij autisme is ongeveer 4:1. Deze ratio is groter naarmate de ernst van de verstandelijke beperking geringer is (Yeargin-Allsopp et al., 2003).

Over het voorkomen van reactieve hechtingsstoornissen zijn weinig gegevens bekend. Waarschijnlijk zijn hechtingsstoornissen zeldzaam en komen ze alleen voor bij extreme vormen van verwaarlozing of mishandeling (Verhulst, 2006) en bij geadopteerde kinderen. Bij adoptiekinderen is in verschillende onderzoeken gebleken dat in de groep van kinderen die na hun derde levensjaar zijn geadopteerd bij ongeveer 10% sprake is van een reactieve hechtingsstoornis (Hoksbergen & Walenkamp, 2000). Over posttraumatische stressstoornissen weten we meer. Van de 12-17 jarigen bleek ongeveer 22% een trauma te hebben meegemaakt (Essau et al., 1999). Bij 7,3% ging dit gepaard met een posttraumatische stressstoornis.

Anorexia nervosa komt bij 0,0081% van de patiënten van huisartsen in Nederland voor, terwijl het aantal nieuwe gevallen voor boulimia nervosa 11,5/100.000 per jaar is (Hoek, et al., 2006). De incidentie voor anorexia nervosa is het hoogst voor vrouwen in de leeftijd van 15-19 jaar (80 per jaar per 100.000). De prevalentie is 18,4/100.000 voor anorexia nervosa en 20,4/100.000 voor boulimia nervosa (Verhulst, 2006). Anorexiapatiënten zijn meestal jonger dan boulimiapatiënten. Bij anorexia

is 60% van de nieuwe gevallen 19 jaar of jonger. Bij boulimiapatiënten is dit slechts 13% (Verhulst, 2006).

8. Gezins- en opvoedproblemen

Uit het 0-12-jarigenonderzoek van het SCP en TNO blijkt dat volgens artsen en verpleegkundigen uit de jeugdgezondheidszorg 15% van de onderzochte ouders opvoedproblemen heeft, waarbij het meestal om lichte problemen gaat, waarvoor gemeentelijke voorzieningen voldoende ondersteuning kunnen bieden. Oorzaken van de problemen zijn meestal emotionele of gedragsproblemen van het kind, de sociaal-economische mogelijkheden van gezinnen en de beperkte opvoedvaardigheden van ouders. Opvallend is dat eenverdienergezinnen de opvoeding vaker als belastend ervaren dan tweeverdienergezinnen. 5% van de kinderen heeft te maken met een opeenstapeling van problemen. Zij zijn mogelijk aangewezen op de (geïndiceerde) jeugdzorg (Zeijl et al., 2005; Kijlstra, 2005). Dat percentage correspondeert globaal met het gegeven dat in 2002 naar schatting tussen de 150.000 en 170.000 kinderen en jongeren van 0-18 jaar gebruik maken van het zorgaanbod in de jeugdzorg (De Graaf et al., 2005). Dat is 4,2 tot 4,8% van alle 3.569.863 jeugdigen van deze leeftijd in Nederland (CBS). De alleenstaande minderjarige asielzoekers zijn hierin niet meegerekend. Uit landelijk onderzoek komt naar voren dat ongeveer 5% van de ouders kampt met ernstige opvoedingsproblemen. De oorzaak van deze problemen hangt meestal samen met emotionele- of gedragsproblemen of beperkte opvoedingsvaardigheden van de ouders (Baltissen et al., 2006b). In Zwolle en de regio IJssel-Vecht vindt 3% van de ouders de opvoeding moeilijk of heel moeilijk. Daarnaast vindt 17 % van de ouders de opvoeding belastend (Baltissen et al., 2006a/ 2006b).

Praktijkgegevens

Kinderen met diffuse, meervoudige ontwikkelingsproblemen duiken op verschillende plaatsen in de zorg op. Zorgverleners zien ze in zorgadviesteams, bij teams Integrale Vroeghulp, in de voorlopers van de Centra voor Jeugd & Gezin, op opvoedspreekuren, bij de huisarts, bij de schoolarts. Als kindproblemen samen gaan met gezinsproblemen en hulp wordt vermeden, kan gezinscoaching worden ingeschakeld. Indicatoren voor die risicokinderen en -gezinnen zijn:

- het zijn zorgmijders, ze verschijnen niet (regelmatig) op oproepen van de jeugdgezondheidszorg of andere zorgverleners;
- er is opvoedingsonmacht geconstateerd door professionals die met kind (of oudere kinderen in het gezin) te maken hebben;
- het kind verzuimt van school, heeft contacten met de leerplichtambtenaar en/of justitie;
- er zijn schulden.

Het zijn vaak overbelaste gezinnen en de problemen zijn intergenerationeel. Het kost de hulpverleners moeite om contact met deze gezinnen te onderhouden en een voet tussen de deur te krijgen en te houden.

Over de omvang van het aantal risicogezinnen is weinig met zekerheid te zeggen. Met alle kinderen en gezinnen is wel eens wat aan de hand. Maar meestal gaat dat na korte tijd - al of niet met wat zorg en steun - weer voorbij. Landelijk gezien heeft circa 15-20% wel eens een serieus probleem en 5-10% komt in de zorgverlening terecht bij bureau jeugdzorg, de kinderarts, de gehandicaptenzorg of de verslavingszorg. Een deel van de gezinnen heeft te maken met meervoudige problematiek, waarbij kinderen fundamenteel en ernstig in de ontwikkeling worden bedreigd. Deze groep is niet groot: schattingen komen in de buurt van de 2% tot 5% van alle gezinnen in Nederland (Zeijl et al., 2005; Hermanns, 2005). Onder allochtone groepen en in de grote steden kunnen deze percentages aanzienlijk afwijken. Het betekent wel dat ieder jaar tussen de 4000 en 10.000 kinderen in ons land geboren worden die het in hun leven bijzonder moeilijk zullen krijgen.

De initiatiefnemers van het MOP-project zelf komen tot een schatting van 1-2% van de kinderen van 4-12 jaar voor wie die meervoudige, diffuse problemen zouden gelden. Dat is niet ondenkbaar, omdat de groep kinderen bij wie de enkelvoudige dan wel meervoudige problemen zich al in een eerder stadium openbaarden of bij wie de problemen zo duidelijk zijn dat ze meteen naar de goede zorgverlening kunnen worden verwezen, in de totale doelgroep van "probleemkinderen" wel meetellen, maar feitelijk niet tot de doelgroep van het MOP-project behoren.

Een percentage van 1.5% wordt in een vergelijkbare aanpak zoals bij het Loket Vroeghulp Tilburg (daarover later meer in hoofdstuk 6) ook gemeld voor kinderen met brede ontwikkelingsproblemen, waarvan de oorzaak en de diagnose nog niet is vastgesteld en bij wie comorbiditeit eerder een regel dan een uitzondering is (Verhees, 2006).

Meervoudige problemen op de basisschool

Het MOP-project is gericht op kinderen van 4 tot en met 12 jaar met meervoudige, diffuse ontwikkelingsproblemen, dat wil zeggen met ten minste twee problemen op verschillende gebieden waarvan tenminste één somatisch. Het kan gaan om (een combinatie van) de volgende problemen: somatische en somatoforme problemen met emotionele problemen, gedragsproblemen, leerproblemen, spraak- en taalproblemen, motorische problemen, psychiatrische problemen en/ of gezins- en opvoedproblemen. Uit onderzoek blijkt dat deze problemen sterk met elkaar verweven zijn. Zo gaan medische (of somatische) problemen vaak gepaard met psychosociale problemen. Daarnaast gaan zowel emotionele als gedragsproblemen vaak samen met andere psychiatrische problematiek. Problemen wat betreft schools gedrag en/of leren gaan vaak gepaard met emotionele-, gedrags- en ontwikkelingsproblemen. Gezinnen met kinderen die kampen met een psychiatrische stoornis staan onder grotere druk door deze problemen. Andersom kunnen problemen van de ouders (bijvoorbeeld met de opvoeding) ook problemen bij kinderen veroorzaken.

De conclusie is dat er bij ongeveer 20% van de 5 tot 15 jarigen sprake is van één of meer psychosociale problemen. Wanneer we kijken naar de groep 0-12 jaren komen we uit op een percentage van 5% bij wie tegelijkertijd sprake is van meerdere problemen en negatief beleefde opvoedingssituaties. 13% van de basisschoolleerlingen heeft een langdurige ziekte of handicap. Hetzelfde percentage wordt gevonden voor middelbare scholieren met een chronische kwaal. Deze problemen leiden meestal tot problemen in het sociaal aanpassingsvermogen van jeugdigen. 6-10% van de jeugdigen zegt door de medische problemen belemmerd te worden in zijn/haar functioneren.

Van de emotionele problemen komen angstproblemen het meeste voor (10% van de jeugdigen uit de algemene bevolking in Nederland). Gedragsproblemen komen relatief minder voor (tussen 0,7 en 5%). Specifieke lees- en spellingsproblemen komen voor bij 3 tot 10% van de schoolgaande kinderen, terwijl spraakproblemen bij 5-15% van de jeugdigen voorkomen. Het hebben van een psychiatrische stoornis leidt in 4-6% van de gevallen tot een belemmering in het functioneren. Bij ongeveer 15% van de gezinnen is sprake van (lichte) opvoedproblemen.

De verschillende problemen komen bij een aanzienlijke groep kinderen voor. Gezien de comorbiditeit, die bij een aantal problemen vrij hoog is, verwachten we dat er bij een aanzienlijke groep kinderen sprake is van twee of meer verschillende problemen, waarvoor zowel (psycho)somatische zorg als psychosociale jeugdzorg in ruimere zin geboden is. Onze schatting is dat de omvang van de doelgroep van kinderen die kampen met meervoudige ontwikkelingsproblematiek (waarvan in ieder geval een somatisch probleem), die zich eerst gedurende de periode op de basisschool als problematisch openbaart, zich beweegt tussen de 0.5-1.5% van de leeftijdsgroep¹. Omdat de problematiek door zijn meervoudigheid complex en ingrijpend is, kunnen we spreken van een relevant en omvangrijk vaagstuk.

¹ Dit percentage komt tot stand door veel voorkomende combinaties van problemen bij elkaar op te tellen, verminderd met het percentage reeds op eerdere leeftijd gesignaleerde kinderen. Omdat exacte cijfers over de combinaties ontbreken blijft het een schatting.

4. DE DOELGROEP

Het MOP-project is gericht op kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblemen. Het gaat om een combinatie van medische-somatische problemen, gedragsproblemen en algehele ontwikkelingsproblemen. De problematiek is complex en diffuus en binnen de reguliere zorg en samenwerkingsverbanden moeilijk in kaart te brengen en in te kaderen, mede omdat de gangbare classificatiesystemen hierin te kort schieten. Volgens de projectgroep van het MOP-project openbaren de problemen zich met name bij kinderen op de basisschool in de leeftijd van 4 tot en met 12 jaar. Het gaat om een combinatie van de volgende problemen:

1. Somatische en somatoforme problemen;
2. Emotionele problemen;
3. Gedragsproblemen;
4. Leerproblemen;
5. Spraak- en taalproblemen;
6. Motorische problemen
7. Psychiatrische problemen;
8. Gezins- en opvoedproblemen.

Het beloop van de problematiek begint vaak met dat er iets aan de hand is met het kind, vaak iets lichamelijks, hetgeen door verschillende symptomen zichtbaar wordt. Iemand in de omgeving van het kind - de leerkracht of een (andere) ouder, de schoolarts of de huisarts, een vrijwilliger - vermoedt echter dat er meer aan de hand is dan het lichamelijke probleem. Deze problemen zijn nooit eerder bij het kind gediagnosticeerd. Het gaat om een combinatie van meervoudige, diffuse en complexe, lichamelijke en psychische of psychosociale problemen. Het gaat niet om kinderen die al in een hulpverleningstraject zitten en ook niet om kinderen die naar het speciaal basisonderwijs gaan. Het gaat juist om de groep kinderen waarbij zich op de basisschool problemen openbaren, waar men moeilijk grip op kan krijgen.

In deze paragraaf proberen we antwoord te geven op de vragen naar de omvang van de doelgroep in Nederland (4.1.), in de Overijsselse regio (4.2) en de kenmerken van de doelgroep (4.3).

De omvang van de doelgroep in Nederland

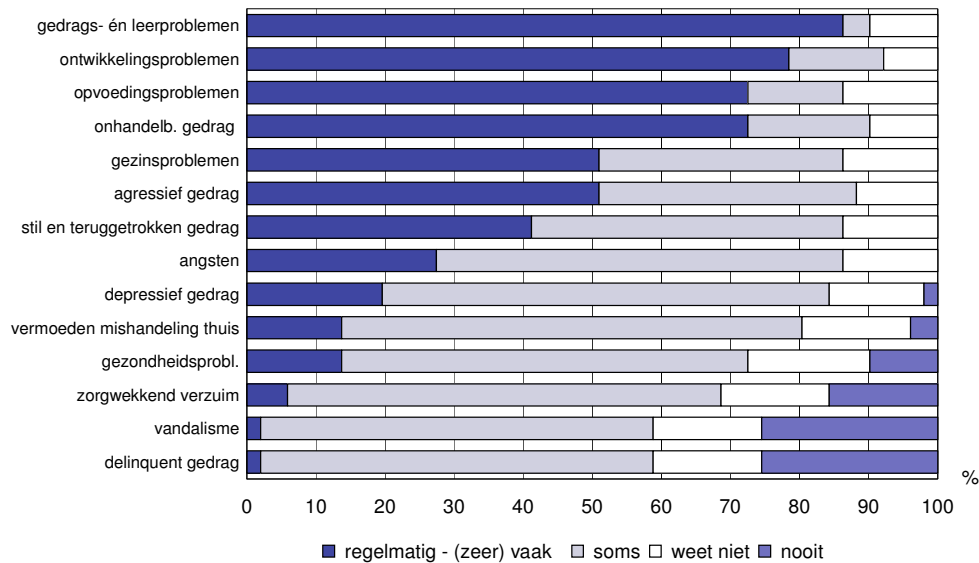
In 1994 schreef de Nationale Raad voor de Volksgezondheid: *“Van de 3,7 miljoen jongeren in ons land (van 0 t/m 18 jaar) hebben er naar schatting ruim een half miljoen (15%) min of meer ernstige problemen. Zo'n 75.000 van hen komen hierdoor ‘in de zorg’ terecht bij instellingen voor hulpverlening en justitie. Een deel van hen - vermoedelijk enkele tienduizenden – heeft zodanige problemen, dat de afstemming tussen vraag en aanbod niet of gebrekkig tot stand komt. Het kan bijvoorbeeld gaan om jeugdigen met meervoudige problemen...”*. Het vraagstuk is dus niet van vandaag, het is er al veel langer. Voor jonge kinderen diende het zich vanaf 1990 aan, toen ouders van kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblemen en aandoeningen het initiatief namen tot de oprichting van de Integrale Vroeghulpteams in Nederland. Dit betrof circa 2-4% van de nieuwgeboren kinderen. Ook daar zien we de behoefte om de verschillende ontwikkelingslijnen van kinderen – motorisch, cognitief, emotioneel, sociaal, lichamelijk – met elkaar te verbinden en in samenhang met ondersteuning van de ouders tijdig multidisciplinaire diagnostiek en behandeling in gang te zetten (Leemans, 1997).

Als kinderen wat ouder zijn openbaren de (meervoudige) problemen zich op de basisschool. Het zorgadviesteam is dan een plek waar vaak de eerste signalen opduiken. De afdeling Onderwijs en Jeugdzorg van het Nederlands Jeugdinstituut heeft in 2006 een monitor gepubliceerd van de leerlingenzorg en de zorg- en adviesteams in het basisonderwijs in Nederland (Van der Steenhoven & Van Veen, 2006). Die monitor laat zien, dat vier soorten problemen regelmatig tot zeer vaak worden besproken in de zorgadviesteams. In aflopende volgorde zijn dat:

- gedragsproblemen in combinatie met leerproblemen,
- ontwikkelingsproblemen,
- opvoedingsproblemen en
- onhandelbaar gedrag in de klas of op school.

Andere problemen worden minder frequent besproken (zie figuur 1).

Figuur 1 Meest besproken problemen in bovenschools zorgadviesteam (meer antwoorden mogelijk, n=51)



Betrokkenen konden per probleemveld aangeven hoe vaak de problemen van leerlingen in het bovenschoolse zorg- en adviesteam aan de orde kwamen. Het blijft op basis van deze figuur onduidelijk hoe vaak de problemen tegelijkertijd voorkomen, met uitzondering van gedrags- en leerproblemen. Bij 85% van de jeugdigen die besproken worden in het zorg- en adviesteam is sprake van gedragsproblemen en leerproblemen.

Die uitkomsten bevestigen de cijfers uit eerder onderzoek van het jeugdzorgadviesteam in Amsterdam (Van Lieshout, Van Veen, Bosdriesz & Van Kessel, 2005). Zij geven aan dat de problemen waar kinderen mee kampen, onderscheiden kunnen worden in:

- gedragsproblemen: ongedurig, agressief, onhandelbaar, destructief, antisociaal, eenzelig of niet-sociaal gedrag, snel afgeleid zijn en desinteresse of combinaties hiervan;
- emotionele problemen, zoals depressiviteit, somberheid, faalangst, gespannen zijn, sociale angst, contactvrees, getraumatiseerd zijn, rouwproces doormakend, boosheid, woede, geïntimideerd en/of gepest worden, misbruikt of mishandeld worden en suïcidaal zijn;
- en overige problemen, zoals ontwikkelings-, gezondheids- en psychoseksuele problemen.

Volgens de school spelen bij 57% van de aangemelde kinderen gedragsproblemen de hoofdrol, bij 32% van de kinderen staan emotionele problemen voorop en bij 11% zijn overige problemen dominant (Van Lieshout et al., 2005).

Uit onderzoek naar meervoudige problematiek van jongeren van 12-25 jaar in de regio Midden-IJssel (Biesma, Bieleman, Kruize & Ogier, 2004) bleek dat veel jongeren die gelijktijdig en gedurende enige tijd op meerdere leefgebieden problemen ervaren, zonder hulp geen toekomst kunnen opbouwen, de problemen vaak al op jonge leeftijd ontstaan en zich in de eerste plaats in de gezinssituatie voordoen. Ook combinaties van problemen komen veel voor, bijvoorbeeld gezinsproblemen met een emotionele verwaarlozing gekoppeld aan psychische of lichamelijke tekortkomingen. Verwaarlozing of gebrek aan aandacht hoeft echter niet altijd te maken te hebben met beperkte sociaaleconomische omstandigheden in een gezin. Vervolgens doen de problemen zich voor op school: jongeren met meervoudige problematiek spijbelen veelvuldig of hebben de school voortijdig verlaten. Vaak spelen er meerdere problemen wanneer een jongere veelvuldig spijbelt. Op de derde plaats is bij de jongeren vaak sprake van (kleine) criminaliteit en/of politiecontacten. Verder speelt een allochtone afkomst een rol. In de regio Midden-IJssel wordt het aandeel allochtone jongeren onder de groep jongeren met meervoudige problematiek relatief hoog ingeschat, alhoewel het aantal inwoners in de regio dat van buitenlandse afkomst is verhoudingsgewijs gering is. Voor de schatting van omvang van de groep jongeren met meervoudige problematiek in de regio Midden-IJssel is enerzijds gekeken naar de zorg c.q. hulp die jongeren ontvangen en anderzijds naar hun criminele activiteiten. Op basis hiervan wordt geschat dat er in de regio 550 jongeren met meervoudige problemen zijn. Onder de ruim 12.000

jongeren in de leeftijd van 12 tot 25 jaar. Dit betekent dat bij ongeveer 5% sprake is van meervoudige problemen.

In een vergelijkbaar onderzoek naar de aard en omvang van risicojongeren van 12 tot 25 jaar in de gemeente Groningen, waarbij risicojongeren zijn gedefinieerd als jongeren die problemen hebben op tenminste twee van de vier onderdelen op het gebied van school/ werk, gezin, vrije tijd en gedragsstoornissen (Bieleman, Kruize & De Jong, 2003), wordt het aantal geschat op 4000. Dit komt neer op 10% van alle jongeren van 12 tot 25 jaar in Groningen. Veel van de risicojongeren volgt geen opleiding en heeft ook geen werk. Van wie wel een opleiding volgt, vertoont een groot aantal regelmatig spijbelgedrag. Daarnaast is vaak sprake van een problematische thuissituatie. Bij ouders komen problemen voor vanwege het gebruik van middelen dan wel gokken, maar ook financiële en relationele problemen zijn aanwezig. Een groot deel van de jongeren heeft te kampen met gedragsstoornissen. De meest voorkomende variant is ADHD, maar ook ASS, depressie en verwerkingsproblematiek komen voor. De jongeren hangen vaak rond op straat en vervelen zich. Een groot aantal van hen gebruikt veelvuldig of zelfs dagelijks softdrugs. Veelvuldig alcoholgebruik komt minder voor. Vrijwel allemaal hebben ze vrienden die regelmatig in aanraking komen met de politie. Een behoorlijk aantal maakt zich zelf ook schuldig aan criminaliteit (Bielman et al., 2003). Bij een vergelijkbaar project in Twente, waar met het Kansmodel wordt gewerkt in Oldenzaal, wordt de omvang van de doelgroep geschat op 5 tot 7% van de ongeveer 5900 jeugdigen van 0 tot 23 jaar, die te kampen hebben met meervoudige problemen.

Een ander onderzoek dat inzicht verschaft in de omvang van probleemgedrag is dat onder 4721 kinderen van 9-13 jaar uit groep 7 en 8 van basisscholen in Amsterdam (Van der Wal, De Wit, Diepenmaat & Hirasig, 2004). Kinderen die opgroeien in eenoudergezinnen hebben een grotere kans op emotionele problemen. Vooral meisjes in stiefvadergezinnen hadden emotionele problemen. Pestgedrag en kleine criminaliteit kwamen vaker voor bij jongens en meisjes van alleenstaande moeders. De afwezigheid van een natuurlijke vader kan zowel leiden tot een gebrekkige ouderlijke controle op het gedrag van de kinderen als tot een sterke daling van het gezinsinkomen (Van der Wal et al., 2004). Alle resultaten zijn volgens de onderzoekers in overeenstemming met resultaten van eerder onderzoek. In tabel 2 geven we de percentages voor verschillende problemen weer, uitgesplitst naar leeftijd en sekse. Hieruit blijkt dat meisjes meer emotionele problemen hebben dan jongens, terwijl jongens meer gedragsproblemen vertonen dan meisjes. De kleine criminaliteit lijkt te stijgen naarmate de jeugdigen ouder worden.

Tabel 2. Percentages voor probleemgedrag naar leeftijd en sekse

	Depressie	Suïcidale gedachten	Pesten	Criminaliteit
Jongens				
9-10 jaar	7,7	6,9	14,8	12,6
11 jaar	6,6	5,5	14,7	13,6
12-13 jaar	6,5	5,3	13,6	17,0
Meisjes				
9-10 jaar	13,4	7,4	7,4	4,9
11 jaar	13,5	9,2	7,3	7,1
12-13 jaar	10,7	7,6	6,4	8,7

In Coevorden lagen de percentages 6/7-jarige kinderen met probleemgedrag in een onderzoek van Kleeman et al. (2005) nog wat hoger. In totaal betrof het 172 kinderen, die hoger scoorden op probleemgedrag in zijn totaliteit en specifiek op de gebieden emotioneel gedrag, gedragsproblemen en hyperactiviteit. Ook tonen de kinderen minder sociaal gedrag. Met name op de schaal 'hyperactief gedrag' wordt hoger gescoord. In de hoogste categorie waar zich normaliter 25% van de kinderen bevindt, zit in Coevorden 36% van de kinderen. De problemen bestaan bij de meeste kinderen (85%) langer dan een jaar. Bij 43% belemmeren de moeilijkheden het kind wat betreft het leren in de klas.

De omvang van de doelgroep in Overijssel

In aanvulling op de constatering in hoofdstuk 3 stellen we vast dat de verschillende problemen bij een aanzienlijke groep kinderen voorkomen. Mede gezien de voor sommige problemen hoge comorbiditeit, mag verwacht worden dat er een aanzienlijke groep kinderen bestaat met twee of meer verschillende problemen. Onze schatting van de omvang van de doelgroep van kinderen die kampen met meervoudige ontwikkelingsproblematiek, gaat uit van de volgende waarnemingen:

- 10% van de kinderen heeft meer of minder ernstige problemen;
- 5% bevindt zich in een situatie met een meervoud aan problematiek;
- 1-2% heeft ernstige meervoudige problematiek, waarvan een deel zich al voor de basisschoollleeftijd manifesteert.

De groep kinderen bij wie zich eerst gedurende de periode op de basisschool de (meervoudige) problemen openbaren, beweegt zich tussen de 0.5-1.5 % van de leeftijdsgroep. Dit is en blijft een schatting. Omdat de problematiek door zijn meervoudigheid complex en ingrijpend is, kunnen we spreken van een relevant en omvangrijk vraagstuk voor de (jeugd)gezondheidszorg en de jeugdzorg .

Volgens cijfers van de provincie Overijssel (2006) wonen er 112.738 kinderen in de leeftijd van 4 tot 12 jaar in de provincie Overijssel. Uitgaande van de schatting, dat 0.5-1.5 % van de kinderen kampt met diffuse meervoudige problematiek (waarvan in ieder geval een somatisch probleem), kunnen we de omvang van de doelgroep in de provincie taxeren op 564-1691 kinderen per jaar.

De kenmerken van de doelgroep

Wanneer we de doelgroep van het MOP-project willen omschrijven, dan doen we dat aan de hand van de volgende kenmerken:

- kinderen van 4-12 jaar op de basisschool;
- met meervoudige problematiek, dat wil zeggen tenminste twee of meer problemen op acht gedefinieerde probleemgebieden waarvan tenminste een somatisch probleem;
- de problemen zijn complex en diffuus;
- de kinderen bevinden zich nog niet in een adequaat hulpverleningstraject.

Twee cases uit het huidige MOP-initiatief maken hieronder duidelijk wat dat in de praktijk betekent om welke kinderen het gaat.

Casus 1 - Kas

1. Toeleiding

Kas is een jongen van nu 11 jaar, die is aangemeld zomer 2006 bij de orthopedagoog van een vrijgevestigde praktijk, omdat de leerkracht zich zorgen maakte over zijn ontwikkeling. Hij is pienter, lijkt mogelijk hoogbegaafd maar heeft allerlei lichamelijke klachten, waaronder vermoeidheid. De geconsulteerde huisarts kan geen lichamelijke oorzaak vinden voor zijn klachten en ondersteunt een verzoek tot nader psychologisch onderzoek.

Poortwachter in deze fase is de orthopedagoog. Zij is dit idealiter omdat zij met alle spelers in deze fase de contacten onderhoudt: de huisarts, die de verwijzing uiteindelijk heeft gerealiseerd, de ouders, die de problematiek dagelijks het meest nabij beleven en de school, die uiteindelijk de zorgen heeft gebundeld tot een onderzoeksadvies.

In eerste instantie lijkt het een op zich eenvoudig eerste lijnsonderzoek te worden en ligt een MOP-verwijzing niet voor de hand: De onderzoeksvraag is op zich enkelvoudig: Wat heeft Kas nodig om zich op school prettiger te voelen, waarbij men er stilzwijgend van uit gaat, dat de schoolproblemen ook zijn vermoeidheid veroorzaken!

Op zich duurt mede hierdoor de toeleidingsfase relatief lang en kunnen de volgende fasen in het Mop-proces door de reeds aanwezige uitgebreide informatie vrij snel doorgelopen worden.

1.1. Anamnese/Ontwikkelingsgeschiedenis:

- Kas is de derde van 4 kinderen, waarvan er 3 nog in leven zijn: Een ouder zusje is 15 jaar een jonger zusje is 10 en een zusje direct boven hem is bij een zwangerschap van 25 weken overleden

maar wordt nog wel bij name genoemd. Vader en moeder hebben beiden een universitaire opleiding gehad.

- Tijdens de zwangerschap heeft moeder 6 weken op bed gelegen, maar er waren uiteindelijk geen problemen bij de bevalling.
- Het duurde lang voordat het de ouders lukte om contact met Kas te krijgen. Hij was als baby al uitgesproken rustig en is dat gebleven.
- Kas kreeg al jong fysiotherapie voor een asymmetrische lichaamsontwikkeling.
- De motorische ontwikkeling verliep traag; het leek bijvoorbeeld bij het lopen, alsof hij de volgende stap niet kon of durfde maken (automatiseringsprobleem?). Ook het zwemmen in diep water lukte niet. Hier had hij een hele redering voor, waarom het niet wilde. Het leren fietsen duurde lang.
- Hij was al jong overgevoelig voor licht (pet op naar buiten) en voor aanraking; hij wordt wel graag geknuffeld, nog steeds, maar de start moet niet te abrupt zijn. Ook wil hij graag zachte kleding, liefst iedere dag het zelfde. Overgang van winterkleding naar zomerkleding vice versa verloopt moeizaam.
- De taalontwikkeling verliep vlot; hij leerde vlot praten; had veel humor; speelde met taal. Heeft vaak aan een half woord genoeg.
- De spraak is wel monotoon en hij kan zeer lang vertellen over een bepaald onderwerp. Hij lijkt dan in zijn eigen wereld en lijkt diepzinnig te denken.
- Op de peuterspeelzaal was hij ongelukkig, hij vond geen aansluiting bij andere kinderen en zijn leidster kon niet zo goed met hem omgaan. Het halen en brengen verliep moeizaam. Hij is uiteindelijk maar een half jaar op de PSZ gebleven.
- Op het consultatiebureau is aan deze opvallendheden geen aandacht besteed.
- Eten en drinken verliepen lastiger dan bij de andere kinderen.
- In groep 1 waren er geen problemen
- In groep 2 kwamen er wel problemen: Hij raakte vriendjes kwijt, voelde zich verloren en herstelde niet. De leerkracht vond hem niet weerbaar. Hij had een hekel aan knutselen en tekenen. Wel tekende hij altijd wegen en speelde hij voortdurend met autootjes. Hij kreeg fysiotherapie voor zijn grove motoriek.
- De start van groep 3 ging goed, Kas had zichzelf al leren lezen. In november is het gezin verhuisd naar Zwolle, waar Kas geen aansluiting vond bij andere kinderen. Thuis was zijn gedrag niet problematisch.
- Het leren op school is goed gegaan, bij taal en rekenen is hij duidelijk voor, maar zijn tempo is wat laag.
- Kas speelt op hoog niveau piano, maar moet er wel veel voor doen. Bij nieuwe stukken moet hij telkens "over een drempel".
- Hij heeft 1 vriendje, dat een jaar ouder is. Ze doen veel "gek" samen en komen niet aan echt spel toe. Andere kinderen willen niet met hen spelen.

1.2. Het Intelligentieonderzoek

- Hij imponeert als een gevoelige jongen met goede contactname.
- Het werktempo is inderdaad langzaam.
- De concentratie is goed, de motoriek lijkt niet soepel en hij is stressgevoelig. Hij schrijft links maar heeft een verkeerde pengreep.
- De taalontwikkeling lijkt prima.
- Het intelligentie profiel is disharmonieus: er is een verschil van 37 punten tussen verbaal en perfoormaal. De standaardscores lopen uiteen van 8 tot 16! De clustering van de factoren levert de volgende verdeling op:
 1. Verbaal Begripsfactor 140
 2. Perceptuele Organisatiefactor 93
 3. Verwerkingssnelheid factor 102hierbij is het verschil dus zelfs 47 punten.

1.3. De conclusies tot nu toe:

- Er lijkt zowel op basis van de anamnese als op basis van intelligentie- en persoonlijkheidsonderzoek sprake van een stoornis in het Autistisch Spectrum. Maar er zijn ook met name elementen in zijn manier van contact maken die dit tegen lijken te spreken.

- De orthopedagoog spreekt af eerst te gaan werken aan de gesignaleerde probleemgebieden. Dit houdt in
 - Aanpassing op school door meer nadruk op de dingen, die hij goed kan.
 - Zijn isolement op school moet aangepakt worden.
 - Nader onderzoek en behandeling bij kinderfysiotherapeut
 - Ouderbegeleiding om de plaats van Kas in het gezin te verbeteren.
- Nader in kaart brengen wat het pianospelen voor hem in positieve of negatieve zin betekent, en wat voor invloed het heeft op zijn gedrag.
- Nadere evaluatie voorjaar 2007

1.4. *Het kinderfysiotherapeutisch onderzoek (oktober 2006).*

1.4.1. Aanvullende medische gegevens:

- Tempoproblemen op school
- Reeds eerder fysiotherapeutische behandeling voor scoliose, een geringe zijwaartse verkromming in de rug.
- Nu opnieuw verkrampte houding met veel pijnklachten aan schouders en onderarm. Door orthopeed is Mensendieck oefentherapie voorgeschreven, met onvoldoende resultaat.
- Al langdurig motorische problemen, waarvoor kinderfysiotherapie rond zijn vierde jaar (nevendoelstelling was toen volgens JGZ ook vergroting van de weerbaarheid) en op 7 jarige leeftijd naar Club Extra, speciaal voor motorisch minder vaardige kinderen. Nog steeds heeft hij motorische problemen: tandenpoetsen, dekseltjes draaien en schrijven. Ook samenspel met andere kinderen blijft moeilijk.

1.4.2. Conclusies en aanbevelingen:

- Fijnmotorische problemen, waarbij vooral de matige snelheid opvalt en een zwak evenwicht.
- Afwijkende houding en bewegingspatroon van de gehele wervelkolom. Misschien is nadere consultatie van de osteopaath eens zinvol.
- De visuele informatieverwerking verloopt niet optimaal, ook hier nog eens nader onderzoek door een functioneel optometrist.
- Voorlopig starten met Kinderfysiotherapie op deze terreinen.

1.5. *Evaluatie:*

Bij de evaluatie in januari 2007 bleek er zowel bij de school, bij de ouders als bij de kinderfysiotherapeut en de orthopedagoog te weinig vertrouwen in de vooruitgang van Kas: De klachten bleven bestaan en verergerden zelfs. Men besloot hem aan te melden bij het MOP.

2. Informatiefase

Voor de eerste bespreking van Kas op 14 februari lagen er al behoorlijk wat voor-gegevens op tafel (zie rapportage sub 1). Daarnaast bleek de vermoeidheid en gespannenheid de afgelopen tijd fors toegenomen. De fysiotherapeut ontdekte een toenemende zeer verkrampte houding, vooral in de schouder.

Voorafgaand aan de bespreking werd, met toestemming van de ouders aan de JGZ gevraagd om de ontwikkelingsgegevens:

- In de gegevens van de JGZ-kaart werd ook de reeds genoemde asymmetrische lichamelijke ontwikkeling genoemd, een probleem, waarvan we steeds meer weten, dat het op latere leeftijd brede functie-ontwikkelingsproblemen kan geven.
- Ook hier wordt het overleden zusje in de familieanamnese prominent genoemd.
- Houdingsproblemen, met en zonder spanningscomponent komen aan beide kanten in de familie voor (vooral bij vader).
- In zijn ontwikkeling was hij vroeg met zowel cognitieve zaken (lezen heeft hij zichzelf geleerd) als met constructiematerialen. Kas is linkshandig.
- Zowel de ontwikkeling van de symmetrie in de motoriek als de voorkeursontwikkeling verliepen traag.

3. Beeldvormingsfase

In de bespreking van februari kwamen de volgende elementen naar voren:

- Er lijkt sprake van een syndroom van Asperger. Veel van de onder 1 en 2 genoemde verschijnselen kunnen daaruit verklaard worden.

- Op school is Kas extreem vermoeid.
- Inbreng JGZ zie boven.
- Kas heeft vooral pijnklachten bij langdurig piano spelen. De kinderfysiotherapeut denkt met gerichte balansverbetering wel wat verlichting te kunnen bereiken. Kas lijkt vooral moeite te hebben met gelijktijdigheid en isoleren van links en rechts en lost dit te cognitief op. De zithouding bij de pianoles zal verbeterd worden.
- Een soortgelijke overweging brengt de Sensorisch Integratie therapeute naar voren: Kas pakt allerlei opdrachten en verrichtingen, die bij anderen automatisch gaan, uitsluitend cognitief aan, bijvoorbeeld het rechtopzitten. Hij kan sensorische prikkels onvoldoende ordenen en daardoor moeilijker verwerken. Daarbij kiest hij dan voor cognitieve compensatie van deze tekorten. Zo raakt hij overbelast en vermoeid. De therapeute stelt voor te beginnen met een zgn. “borstelbehandeling” van de huid waardoor uiteindelijk een betere sensorische verwerking optreedt.
- Mogelijk helpt het om de pianoles onder schooltijd te gaan geven om zodoende de organisatorische belasting minder groot te maken.
- De Orthopedagoog gaat met de ouders psycho-educatiegesprekken voeren waarbij materialen van de NVA (Nederlandse Vereniging voor Autisme) en het boek van Martine Delfos gebruikt gaan worden. Ook wordt de sociale weerbaarheid van Kas gericht aangepakt.

4. Behandelingsfase:

Met bovengenoemde elementen zijn de verschillende therapeuten aan het werk gegaan (SIT, KFT en orthopedagoog).

Bij de vervolgbespreking eind juni blijkt Kas intussen naar de zorgboerderij te gaan voor sensorische ontspanning. De prikkelverwerking verloopt nu veel adequater, de vermoeidheidsklachten zijn veel meer op de achtergrond. Alle genoemde behandelingen slaan goed aan. Orthopedagoog coördineert.

5. Evaluatie:

Bij de volgende vergadering eind oktober blijken de therapeuten al afgesloten te hebben. De lichamelijke problemen zijn verdwenen en de sociale inpassing op school en met vriendjes verloopt gezien zijn persoonlijkheids structuur perfect.

Besloten wordt de casus af te sluiten en terug te verwijzen naar orthopedagoog en school.

Uiteindelijk is de doorlooptijd van deze casus 8 maanden in het voortraject en 10 maanden in het MOP-traject met uiteindelijk een minimum aan therapeutische bemoeienissen.

Casus 2 - Lia

1. Toeleiding:

Lia, een meisje van 8 jaar, werd aangemeld najaar 2006 door de school bij de orthopedagoog van een vrijevestigde orthopedagogiepraktijk, omdat de leerkracht zich zorgen maakte over haar extreme vermoeidheidsklachten en hoofdpijn, mogelijk i.v.m. een didactisch probleem. De lichamelijke klachten heeft ze al enige jaren vooral na periodes van vakantie. Ook werd ze in dezelfde tijd gezien door de huisarts, die ook een motorische achterstand constateerde en verwees naar de kinderfysiotherapeut.

De geconsulteerde huisarts kan geen lichamelijke oorzaak vinden voor haar klachten Al vrij snel besluiten orthopedagoog en fysiotherapeut samen om Lia samen aan te melden bij het MOP-team, omdat ze de problematiek erg diffuus en moeilijk te omschrijven vinden. De poortwachter in deze fase is de orthopedagoog, omdat zij primair de contacten naar het gezin heeft.

2. Informatiefase:

Al in maart 2007 waren er wat informatieve contacten tussen jeugdarts, fysiotherapeut en orthopedagoog. Men besloot om voorafgaande aan de interdisciplinaire bespreking in april al vast een onderzoek door de jeugdarts te laten verrichten om met name de somatische ontwikkelingsgegevens wat completer te hebben.

De informatiefase op zich duurde hierdoor relatief kort en al snel werd besloten tot een interdisciplinaire bespreking alvorens met verdere behandeling en begeleiding te starten.

3. Beeldvormingsfase

In april werd de eerste interdisciplinaire bespreking gehouden. Voordien was er in februari een onderzoek geweest bij orthopedagoog en kinderfysiotherapeut. Ook vond er een anamnestic gesprek thuis (vader was door een blessure aan huis gebonden) en een onderzoek door de schoolarts op de GGD plaats.

3.1 *Algemeen anamnestic informatie*

Uit de rapportage van de orthopedagoog en kinderfysiotherapeut en uit de gegevens uit de JGZ-kaart (consultatiebureau en schoolarts) werd de volgende algemene informatie gegeven: Lia is de oudste van 3 kinderen, een jonger zusje van 6 en een broertje van 4 jaar. Ze zat bij de aanmelding in klas 4 van de basisschool. Beide ouders werken in het onderwijs. De 3 kinderen zijn uitgesproken verschillend, in tegenstelling tot Lia zijn de beide andere kinderen extrovert en ogen veel actiever.

3.2 *Nadere informatie JGZ:*

In de JGZ-kaart (consultatiebureau en schoolarts) is relatief weinig schokkende informatie te vinden. Als klein kind zijn er wel wat kleine balansproblemen en huidirritatie en vooral aanvankelijk veel nachtelijke onrust en huilen. Er wordt even gesproken over inbakeren. In de loop van de eerste 2 levensjaren is er diverse malen een hartgeruis waargenomen; de huisarts heeft het uiteindelijk als functioneel, dus onschuldig bestempeld. Er worden weinig problematische gegevens rond de geboorte vermeld in de kaart.

In het gesprek met de ouders blijkt bij doorvragen toch veel meer essentiële elementen:

De bevalling en met name de uitdrijvingsfase duurde lang (2 uur). Vanaf het begin was er een ronde rug in combinatie met een motorische onderspanning (hypotonie).

In de gehele ontwikkeling (van Wiechenschema) was er voortdurend een achterstand van 2 à 3 maanden.

Na enige tijd begonnen extreme huilbuien, vaak gepaard met strekkrampen en gillen (hypertonie). Ze werd rustig door bij vader op de buik te liggen. Verder vallen in de ontwikkeling op: een relatief late zindelijkheid en geregelde buikpijnklachten in de kleutertijd.

In de familie zijn er rond de geboorte van Lia nogal wat Life-events geweest, zoals een tumor van moeder, het overlijden van oma, een miskraam na Lia. Mede hierdoor is in de ogen van moeder de moeder-kindrelatie niet optimaal geweest.

Ze oogt in het onderzoek scherp en alert, maar heeft duidelijk moeite met allerlei (motorische) taken. In het gesprek laat moeder zien, dat ze toch wel moeite heeft om alles wat er in dit gezin afspeelt, goed te verwerken en te organiseren, maar tegelijk vindt ze het ook moeilijk om dat te erkennen.

3.3 *Gegevens vanuit school:*

Auditief is ze op school erg goed, visueel is ze wat minder. Het lezen kost haar moeite.

In spelsituaties kan ze moeilijk tegen plotselinge veranderingen, ze wordt dan gauw boos. Ze is geregeld moe, vooral na een periode van enthousiast bezig zijn. Ze heeft een hekel aan het gezamenlijk wandelen (ook met het gezin).

Mogelijk is er toch een specifiek leerprobleem.

3.4 *Rapportage orthopedagoog:*

In het psychologisch onderzoek heeft ze een gemiddeld niveau, waarbij de handelende mogelijkheden relatief wat verder ontwikkeld zijn. Er is geen sprake van een dysharmonisch profiel. Het korte termijn geheugen scoort vooral goed. Wel is er een forse achterstand in lezen en spellen. Dit blijkt samen te hangen met zowel fonologische verwerkingsproblemen als met automatiseringsproblemen. Er kan gesproken worden van een dyslexie.

3.5 *Het kinderfysiotherapeutisch onderzoek*

Anamnestic valt op dat Lia bij het aanleren van allerlei, vooral motorische vaardigheden veel tijd nodig heeft, zowel bij het inoefenen als bij het herhalen.

Ook tijdens het motorisch onderzoek oogt ze vermoeid.

Ze komt bij het onderzoek qua niveau laag uit (P9). Verder is de schrijfmotoriek niet leeftijdsadequat en lijkt er sprake van een dysgrafisch handschrift. Bij de oogmotoriek valt een oogstandprobleem op, dat van invloed kan zijn op informatieverwerking en concentratie.

3.6 *Nadere inbreng vanuit de interdisciplinaire groep en nadere afspraken:*

Omdat er nogal wat balansproblemen bij de ontwikkeling van Lia een rol blijken te spelen wordt besloten om de kindfactoren maar ook de systeemfactoren van het gezin nog nader in kaart te brengen. Hiertoe doen de osteopaath en de orthomoleculair geneeskundige een nader onderzoek en doen zonodig een (proef)behandeling.

Daarnaast doet de orthopedagoog nadere gezinsgesprekken. Ook wordt al vast gestart met Kinderfysiotherapie en Remedial Teaching.

De totale afstemming en coördinatie van de beeldvormings- en van de behandelingsfase ligt weer bij de orthopedagoog.

De volgende bijeenkomst zal er worden teruggerapporteerd.

4. Behandelingsfase

Bij de vervolgbespreking eind juni 2007 blijken er wel wat veranderingen te zijn opgetreden:

In de gesprekken met de orthopedagoog heeft vooral moeder haar onrust geventileerd over de rol van de omgevingsfactoren en vooral van die van het gezin op het klachtenpatroon van Lia. Men is wel bereid om hier kritisch naar te kijken.

De osteopaath vindt bij Lia balansproblemen in het gehele lichamelijke functioneren. Deze zijn vooral terug te vinden in een verstoord cardiovasculair systeem met een verhoogde bloeddruk en een opnieuw optreden van een (functioneel c.q. onschuldig) hartgeruis. Met een 2 tal behandelingen lijken deze problemen onder controle.

De orthomoleculair geneeskundige vindt een allergie voor melk, die zich vooral manifesteert in darmproblemen (ook al in de jonge jaren). Een aangepaste voeding kan hierin helpen.

Een eerder overwogen doublure van groep 4 lijkt intussen niet meer nodig: de vermoeidheidsproblemen van Lia zijn duidelijk afgenomen en de leerproblemen staan mede door de remedial teaching ook minder op de voorgrond.

5. Evaluatie fase:

Eind oktober wordt een laatste bespreking aan Lia gewijd;

Moeder is intussen uit eigen beweging (voorlopig) even gestopt met werken en heeft zelf de zaken meer op een rij.

Lia is met succes overgegaan naar groep 5 en doet het goed.

Voor alle zekerheid heeft moeder uit eigen beweging nog een check bij de kinderarts gerealiseerd, deze vond deze zomer geen afwijkingen (meer) in het cardiovasculaire (hart vaat-) systeem. In de zomervakantie heeft Lia wel een daverende middenoorontsteking gehad. Het leek uiteindelijk wel een soort infectueuze, lichamelijke doorbraak uit een langdurige vicieuze cirkel.

Het gehele gezinssysteem is nu veel beter in balans.

We besluiten als team om uiterlijk januari 2008 af te sluiten.

Uiteindelijk is de doorlooptijd voor dit complexe probleem minder dan een jaar!

5. DE HULPVERLENING

Alvorens te besluiten een start te maken met het MOP-project, is het van belang te kijken welke hulpverlening in Nederland regulier beschikbaar is voor kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblematiek en hun ouders. In paragraaf 5.1 is die reguliere hulpverlening met de daarbij geconstateerde knelpunten beschreven. Aansluitend zal in 5.2 specifiek gekeken worden welke hulp aan kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblemen in Overijssel geboden wordt. Vervolgens is het MOP-project beschreven (5.3). In hoofdstuk 6 komen interdisciplinaire aanpakken, die elders in Nederland zijn of worden ontwikkeld, aan de orde.

Reguliere hulpverlening in Nederland en knelpunten

Kinderen en gezinnen met meervoudige problemen kunnen vanuit meerdere instellingen zorg en hulp aangeboden krijgen. Tot de reguliere zorg mogen gerekend worden:

1. Zorgcoördinatie van de jeugdgezondheidszorg
2. Casemanagement en gezinscoaching voor multiprobleme gezinnen
3. VTO (Vroegtijdige Onderkenning) of Integrale Vroeghulp-team
4. Centra voor Jeugd en Gezin.

Deze vormen van zorg worden hieronder besproken. Daarnaast worden geconstateerde knelpunten in de hulp voor kinderen met meervoudige problematiek besproken (5).

1. Zorgcoördinatie van de jeugdgezondheidszorg

Veel organisaties hebben zorgcoördinatie voor kinderen in hun takenpakket, waaronder de jeugdgezondheidszorg (JGZ). Daarnaast voeren onder meer maatschappelijk werk en bureau jeugdzorg die taak uit, terwijl de huisarts de toegang naar en het coördinatiepunt voor de paramedische en tweedelijnsgezondheidszorg is. De aard en de omvang van de zorgcoördinatie van de verschillende instellingen varieert, dient verschillende doelen en is anders van opzet.

Voor de JGZ is zorgcoördinatie opgenomen in het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg. Het is dus een wettelijke taak voor JGZ. De JGZ gaat uit van een integrale benadering van het kind binnen het gezinssysteem. Zorgcoördinatie binnen de jeugdgezondheidszorg houdt dan ook in: risicokinderen kennen, weten welke risico's er spelen bij welke kinderen, op de hoogte zijn welke hulp er door instanties ingezet is, contact onderhouden met instellingen die hulp verlenen en zorgen voor afstemming.

Zorgcoördinatie in de jeugdgezondheidszorg bestaat uit:

- Als houder van het Integraal Dossier Jeugdgezondheidszorg/ Elektronisch Kind Dossier (EKD) er voor zorgen dat van alle kinderen in het werkgebied informatie bekend is, zodat de risicokinderen gesignaleerd kunnen worden.
- Risicokinderen definiëren, regelen dat voor kinderen met problemen hulp ingezet wordt door de juiste hulpverlener.
- Er voor zorg dragen dat geen kinderen buiten de boot vallen, doordat ze niet verwezen worden, niet aankomen of de behandeling niet afmaken.
- Bij gezinnen met (dreigende) complexe problemen nagaan of andere hulpverleners vanuit het netwerk contact hebben met het gezin.
- Met toestemming van de ouders contact zoeken met andere hulpverleners.
- Interventies van andere hulpverleners in beeld brengen en afstemmen.
- Het desbetreffende gezin informeren over de gemaakte afspraken en uitleg geven wat ze kunnen verwachten van de verschillende hulpverleners.
- Werken vanuit het uitgangspunt van versterken van empowerment, aansluiten bij en stimuleren van de krachten van de gezinsleden en de sociale omgeving (Visienota Z-org en GGD Nederland, 2006).

De JGZ communiceert naar andere betrokken hulpverleners dat zij, bij de niet geïndiceerde zorg, de zorgcoördinatie heeft. Bij kinderen met een indicatie ligt de zorgcoördinatie vaak elders, bijvoorbeeld bij bureau jeugdzorg. In dit verband wordt ook wel onderscheid gemaakt tussen informatiecoördinatie en zorgcoördinatie. Informatiecoördinatie is bij uitstek een taak van de jeugdgezondheidszorg in de keten van samenwerkende partners. De uitvoering van de zorgcoördinatie van kinderen met een indicatie ligt bij de organisatie die de beste ingang heeft bij het gezin en de meeste kans maakt op succes (Visienota Z-org en GGD Nederland, 2006).

Bij een indicatie dient bureau jeugdzorg aan te geven of coördinatie van zorg noodzakelijk is. Er wordt een contactpersoon (de casemanager) aangesteld die zorgt voor de continuïteit in contacten tussen cliënt en bureau jeugdzorg. Wanneer coördinatie van zorg nodig is, wordt vaak een gezinscoach ingezet. De gezinscoach komt meestal van buiten bureau jeugdzorg; deze ligt bij een zorgaanbieder of lokale instelling (Van den Braak & Konijn, 2007).

De Inspectie vindt dat de jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar nu nog te weinig bijdraagt aan de zorg voor kinderen met psychosociale problemen (IGZ, 2005). Volgens de IGZ bewaakt de JGZ de continuïteit van zorg, met name bij kinderen met problemen, onvoldoende. Coördinatie ontbreekt en is ook niet verbeterd sinds 2000. De Inspectie adviseert de minister van VWS de coördinatie van de zorg voor kinderen met psychosociale problemen in handen te geven van de JGZ. Onder coördinatie verstaat de Inspectie in dit verband het tijdig signaleren van risicokinderen, het bieden van effectieve (preventieve) zorg (hetzij door deze zelf te bieden, hetzij door goede verwijzing) en het actief volgen wat er met het kind gebeurt zodat het niet uit het oog wordt verloren.

Ondertussen heerst er een Babylonische spraakverwarring in het jeugdzorgveld (Prinsen et al., 2006). Begrippen als coördinatoren van zorg, casemanagers, contactpersonen, gezinscoaches, gezinsvoogden worden door elkaar heen gebruikt. Wettelijk is coördinatie van zorg vastgelegd in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid en de Wet op de Jeugdzorg (zie bijlage IV). Als het duidelijk is wie de eindverantwoordelijkheid heeft over de gecoördineerde zorg dan blijft de vraag welke bevoegdheden die eindverantwoordelijke heeft (Van den Braak & Konijn, 2007). Kan hij anderen (buiten de eigen instelling) aansturen en werkopdrachten geven?

2. Casemanagement en gezinscoaching voor multiproblemegezinnen

Multiproblemegezinnen vormen een groep cliënten waar vaak meerdere instanties bij betrokken zijn: jeugdzorg, (jeugd-)ggz, (jeugd)gehandicaptenzorg, politie/ justitie, maatschappelijk werk, schuldhulpverlening, leerplichtambtenaar, jeugdgezondheidszorg, (speciaal)onderwijs, verslavingszorg, et cetera. De casemanager zorgt voor de samenwerking en afstemming in de hulpverlening (Van den Braak & Konijn, 2005).

Gezinscoaching wordt gezien als een specifieke vorm van coördinatie van zorg en richt zich directer op de hulpverlening dan het casemanagement. Gezinscoaching is bedoeld voor gezinnen met meervoudige problematiek waarbij meerdere hulpverlenende instanties betrokken zijn en het gezin zelf de situatie niet meer kan overzien. De problemen zijn meestal complex en langdurig van aard en hebben effect op de opvoeding en ontwikkeling van het kind/ de kinderen. Het vindt plaats op basis van één samenhangend plan (waarin alle hulp aan het gezin op elkaar is afgestemd) dat samen met het gezin is opgesteld. Het plan bevat bindende afspraken voor instellingen en de gezinscoach ziet toe op uitvoering van het plan. Essentieel is dat de gezinscoach het vertrouwen geniet van het gezin. Het gezin geeft aan wie ze als gezinscoach willen. Knelpunten zijn de onduidelijke verantwoordelijkheden en tijdsinvestering, beperkte face-to-face communicatie, onwennigheid in het aanspreken van en meekijken met elkaar, competentiestrijd en de ervaring te falen als coach (Bos, 2005).

In Overijssel heeft men de verantwoordelijkheden voor coördinatie van zorg ruwweg als volgt verdeeld. Tot de gemeentelijke verantwoordelijkheid en financiering behoren de taken van de gezinscoach, dat wordt geboden in het kader van vrijwillige hulpverlening en de taken van de zorgcoördinator, die verantwoordelijk is voor de organisatie, de controle en de continuïteit van de hulp aan gezinnen. Daarbij komt dat de jeugdgezondheidszorg verantwoordelijk is voor het bewaken van de veiligheid van het kind tot een kindbeschermingsmaatregel is uitgesproken door de kinderrechter. Tot de provinciale verantwoordelijkheid en financiering worden gerekend de gezinsvoogd, geboden in een justitieel kader, die de verleende zorg volgt met het oog op het bewaken van de veiligheid van het kind en het casemanagement (art 10, 1h), waarmee wordt bedoeld het volgen van de verleende zorg als bedoeld in art 5, tweede lid van de Wet op de jeugdzorg en het bijstaan van de client bij vragen omtrent de inhoud van deze zorg, alsmede de evaluatie van deze zorg.

3. Vroegtijdige Onderkenning (VTO) en Integrale Vroeghulp

Vanaf het midden van de jaren '90 kreeg de ondersteuning van gezinnen een stimulans met Integrale Vroeghulp. Het accent lag op samenhang van voorzieningen als consultatiebureaus, advies & informatie (MEE-organisaties), jeugdzorg, revalidatiezorg en gehandicaptenzorg. De functie Integrale Vroeghulp is nu bij de MEE-organisaties ondergebracht. De subsidieregeling stimuleert de vorming van een regionaal netwerk, minimaal bestaande uit de MEE-organisatie, een instelling voor

kinderrevalidatie en een instelling voor verstandelijk gehandicapte kinderen. Er zijn nu 37 netwerken Integrale Vroeghulp met een regionaal zeer diverse samenstelling (Voorstel Vroeg, voortdurend en integraal, 2007). Ze zijn in de praktijk de opvolger van de VTO-Samenwerkingsverbanden, die voorheen de vroegtijdige signalering, onderkenning en coördinatie van zorg deden voor alle kinderen van 0 t/m 4 jaar met onduidelijke, meervoudige ontwikkelingsproblematiek waarvan de samenhang complex en ondoorzichtig is (Van Nieuwkoop, 2003). In Overijssel is VTO niet meer actief.

Integrale Vroeghulp, in Overijssel ondergebracht bij MEE, is er op gericht de hulpverlening aan (ouders van) jonge kinderen (0-4 of soms 0-7 jaar) met complexe ontwikkelings-problematiek of een ernstige motorische stoornis integraal aan te bieden. Complexe hulpvragen worden door een multidisciplinair team van deskundigen uit een samenwerkingsverband van een kinderdagcentrum (KDC), een kinderrevalidatiecentrum (KRC) en MEE vertaald in diagnostiek, begeleiding en ondersteuning. De kern van Integrale Vroeghulp is een multidisciplinaire benadering van complexe hulpvragen en coördinatie van de daaruit voortvloeiende hulpverlening in een niet-vrijblijvende samenwerking van de betrokken organisaties. Essentieel is dat de verschillende onderdelen van de hulp worden afgestemd vanuit een gezamenlijk opgesteld plan van aanpak (Van Nieuwkoop, 2003). Het doel van Integrale Vroeghulp is:

- Het optimaal benutten van de ontwikkelingsmogelijkheden van het kind en voorkomen dat er onnodige achterstanden ontstaan.
- Het (laten) behandelen van niet te voorkomen achterstanden.
- De ouders in staat stellen de opvoeding van hun kind zo goed mogelijk te laten verlopen.

Het team Integrale Vroeghulp doet daartoe aan vroegtijdige herkenning (informatie, advies en intake), aan hulpvraagverduidelijking en diagnostiek en planmatige en gecoördineerde behandeling in de (geïndiceerde) reguliere zorgverlening. Landelijk gezien heeft het echter nog onvoldoende een structurele plaats gekregen in het handelen van professionals, het functioneren van organisaties en in de structuur van de gezondheidszorg (Van Nieuwkoop, 2003).

Loket vroeghulp, kind en jeugd in Midden Brabant is een 'good-practice' van integrale vroeghulp, waar voor de zorg voor kinderen met meervoudige problematiek veel uit te leren valt qua interdisciplinair werken, korte doorlooptijden, transparantie van de diagnostiek, indicaties, de zorg en de behandelingen. Voor kinderen tussen de 4 en 12 jaar met meervoudige problematiek biedt Loket vroeghulp het project 'Tussen wal en schip' aan. Voor meer informatie over Loket vroeghulp, kind en jeugd Midden Brabant en het project 'Tussen wal en schip', zie bijlage II.

4. Centra voor Jeugd en Gezin

In de toekomst zullen de Centra voor Jeugd en Gezin heel wel het toegangslot kunnen vormen voor kinderen met een meervoudige problematiek. Daarbij past een MOP-initiatief dan in de back-office in aansluiting op de functies die daar uitgeoefend worden:

- Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg
- De 5 Wmo-functies van opvoed- men gezinsondersteuning: informatie, signalering, toeleiding, pedagogische hulp en coördinatie van zorg;
- Verbinding met de onderwijszorgstructuur
- Verbinding met de jeugdzorg.

Ook kan daar de verbinding met de indicatiestelling door Bureau Jeugdzorg worden gelegd. In Tilburg is men bezig het Loket Vroeghulp verder te ontwikkelen als een onderdeel (back office) van het Centrum voor Jeugd en Gezin voor kinderen met (meervoudige) ontwikkelingsproblemen. Daar liggen zeker mogelijkheden, maar er zijn momenteel nog geen 'best practices' op dit gebied.

5. Hulp voor kinderen met meervoudige problematiek

Ouders van heel jonge kinderen met een achterstand in hun motorische en/of verstandelijke ontwikkeling hebben in de eerste levensjaren veel vragen over de ontwikkeling van hun kind. Het kost tijd en specifieke deskundigheid om een ontwikkelingsachterstand in beeld te brengen. Het kost nog meer tijd inzicht te krijgen in het ontwikkelingsperspectief op langere termijn. De hulpvragen van een jong kind en zijn ouders veranderen regelmatig. Goede hulp moet hierop flexibel aansluiten. Ouders en hulpverleners kwamen tot de conclusie dat deze hulp niet beschikbaar is (Van der Zalm, 2005) en stelden de volgende knelpunten vast:

- Ouders van jonge kinderen met meervoudige problematiek worden vaak van het kastje naar de muur gestuurd. Op toevallige gronden komt het kind terecht in de revalidatie, of de

verstandelijkgehandicaptenzorg. Juist een bundeling van deze hulp levert voor ouders en het kind de best aansluitende hulp op (Van der Zalm, 2005).

- Een achterstand in motorische en/of verstandelijke ontwikkeling van een kind wordt vaak te laat ontdekt. Het duurt te lang voordat een diagnose is gesteld en behandeling wordt gestart. Dit levert schade op voor het kind en soms ook voor de ouders. De late ontdekking van stoornis is vaak niet te wijten aan ouders, want zij blijken al vroeg het vermoeden uit te spreken tegen hulpverleners dat er iets niet klopt (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2002).
- Bij een ontwikkelingsachterstand van het kind verwijzen huisartsen en consultatiebureaus niet in alle gevallen tijdig genoeg naar “Integrale Vroeghulp”.
- Vanaf de medische diagnose door de kinderarts, kinderneuroloog of revalidatiearts is het voor ouders niet altijd helder hoe men verder moet. Zij blijven zitten met vragen als: “Wat zijn de ontwikkelingsmogelijkheden van mijn kind?” en “Wat kan ik het best gaan doen voor mijn kind?”.
- Ouders kunnen een beroep doen op assistentie bij het organiseren van de noodzakelijke voorzieningen, maar dit is vaak in de tijd, vorm en inhoud beperkt. Langdurige trajectbegeleiding bij het verkrijgen van een samenhangend hulpaanbod in de verschillende ontwikkelingsfasen van het kind is lastig te realiseren, zo blijkt uit het voorstel *Vroeg, voortdurend en integraal* (2007).
- Vaak is het niet mogelijk om combinaties van praktische hulp in het gezin (belasting verminderen) en ontwikkelingsstimulering (“interventieprogramma’s”) te realiseren.
- Adequate, vroege en preventieve hulp bij probleemgedrag van het kind met goede diagnostiek, praktische adviezen en behandeling ontbreekt te vaak..

Het lukt vaak niet om een samenhangend en op elkaar afgestemd aanbod onderwijs en zorg of advies bij routes naar het onderwijs dan wel keuze uit passende onderwijs-zorgarrangementen te realiseren (Voorstel *Vroeg, voortdurend en integraal*, 2007).

Reguliere hulpverlening in Overijssel

In het kader van gezinscoaching en aanverwante functies zijn de gemeenten in Overijssel verantwoordelijk voor en financiert de gezinscoach, zorgcoördinator en de jeugdgezondheidszorg. De gezinscoach ondersteunt het gezin en de zorgcoördinator is verantwoordelijk voor de organisatie, de controle en de continuïteit van de hulp aan gezinnen en beide werken vanuit zorginstellingen. De gezinscoach kan tevens de coördinatie van zorg doen, maar de zorgcoördinator is niet automatisch de gezinscoach. De provincie is verantwoordelijke voor en financiert de gezinsvoogd en het casemanagement. De casemanager richt zich op het realiseren van (geïndiceerde) zorg aan het kind, volgt de verleende zorg en staat cliënten bij wanneer zij vragen hebben omtrent de inhoud van de zorg en de evaluatie van de zorg. Een casemanager (van bureau jeugdzorg) kan nooit gezinscoach of zorgcoördinator zijn (Provincie Overijssel, 2007).

Voor kinderen met meervoudige problematiek is in Overijssel betrekkelijk weinig specifieke zorgverlening voorhanden als het gaat om de kinderen van 4-12 jaar. Voor jongere kinderen is er het Integrale Vroeghulp-team bij MEE, voor de jongeren vanaf 12 jaar treffen we de KANS-aanpak en de MDO-aanpak aan, waarbij MDO staat voor multidisciplinair overleg (Gemeente Hengelo, 2003). Die laatste richten zich met name op de combinatieproblematiek van gedrags-, gezins- en criminaliteitsproblemen waar schooluitval en beginnende contacten met politie en justitie aan de orde zijn. Signalerend en zorg initiërend spelen de zorgadviesteams (schoolgebonden of schooloverstijgend) uiteraard een rol, maar daarbij is de coördinatie van zorg zelden helder belegd wanneer het op multidisciplinaire behandeling aankomt. Wat treffen we dan naast de Zwolse intervisiegroep, die aan de basis van het MOP-project staat, aan in Overijssel waar het gaat om reguliere zorg.

In het Basistakenpakket JGZ is voor de “gezonde” populatie de coördinatie van zorg geregeld. Daarmee wordt het als taak van de JGZ, uitgevoerd door thuiszorginstellingen en GGD-en ook gefinancierd. Voor de “at risk” kinderen ontstaat een grensgebied. In de praktijk ligt de coördinatie vaak bij de zorgadviesteams of voorlopers van het Centrum voor Jeugd en Gezin, maar deze coördinatie is qua financiering nog niet goed geregeld. Daardoor krijgt het bij de JGZ, die vrijwel altijd deel uitmaakt van deze teams, niet altijd de vereiste prioriteit. Voor de daadwerkelijk gesignaleerde kinderen is er geen “overall”-coördinatie van zorg geregeld: voor het casemanagement van gedragsproblemen lijkt voorsnog bureau jeugdzorg de (wettelijk) aangewezen instantie, maar dat komt in deze functie ogenschijnlijk nog niet tot een aansluitende aanpak. Voor de jongere kinderen, waar pedagogische

problematiek vaak een kernprobleem is, zijn er de pedagogische netwerken, maar het ‘casemanagement’ is er versnipperd en zeker niet volledig (Sijperda, 2007).

Integrale Vroeghulp IJsseloevers richt zich op kinderen van 0 tot 6 jaar met meervoudige problemen. Vaak is het nog niet duidelijk wat er aan de hand is en ouders worden vaak van het kastje naar de muur gestuurd. Vaak is er sprake van een combinatie van een lichamelijke en verstandelijke beperking. Daarnaast hebben veel kinderen een Autisme Spectrum Stoornis. Vaak is er verder sprake van vage ontwikkelingsachterstanden. Integrale Vroeghulp is een samenwerking tussen diverse instellingen. Het team bestaat uit een coördinator, een orthopedagoog/ psycholoog, een trajectbegeleider en een kinderarts en/ of consultatiebureauarts. Op deze manier wordt de hulp op elkaar afgestemd, kan er snel advies gegeven worden (en hulp ingezet worden) en hebben ouders contact met één trajectbegeleider of casemanager. Het team Integrale Vroeghulp is ondergebracht bij MEE (Dulk, 2007).

Voor het MOP-traject valt te leren van de aanpak voor jongeren met meervoudige problematiek. Uit een door de provincie Overijssel en Netwerkstad Twente in samenwerking met het Kennis Instituut Stedelijke Samenleving (KISS) gemaakte inventarisatie blijkt dat de aanpak van jongeren met zware meervoudige problematiek raakt aan de verantwoordelijkheid van een groot aantal instellingen, leefdomeinen en overheidsinstanties. Er is een veelheid aan financieringsstromen en verschillende wet- en regelgeving die eerder belemmerend dan faciliterend werkt. Bovendien doet de verdeling van verantwoordelijkheden geen recht aan de situatie waarin deze jongeren verkeren. De bestaande aanpak van jongeren met zware meervoudige problematiek is niet effectief en efficiënt. De belangrijkste oorzaken zijn:

- de gesegmenteerde inrichting van aanbod en aanpak in een zorgdomein, een onderwijsdomein, een justitiedomein, etc;
- onvoldoende monitoring en bewaking van de samenhang;
- weinig zicht op het perspectief van de jeugdige op de middellange respectievelijk lange termijn;
- onvoldoende focus op doelrealisatie;
- de aanpak is veelal volgtijdelijk in plaats van parallel geschakeld, waardoor de doorlooptijd fors wordt opgerekt.

Een geïntegreerde benadering met verbeterde en gecoördineerde sturing, het kunnen volgen en registreren van probleemsituaties en afrekening op doelrealisatie kan uitkomst bieden (Doodkorte, 2007).

In de regio Midden IJssel is het aanbod van voorzieningen voor jongeren met meervoudige problematiek gering. Positief is dat alle gemeenten één of meerdere zogenoemde zorgnetwerken kennen met vertegenwoordiging van de gemeentelijke voorzieningen. In deze overlegstructuren worden jongeren met problemen ingebracht, besproken en zo nodig doorverwezen naar een hulpverlenende instantie. Een beperking van deze netwerken is dat zij zich met name richten op jongeren tot 18 jaar. Vervolghulp via bureau jeugdzorg is vanwege de wachtlijsten niet altijd op korte termijn beschikbaar. Betrokkenen missen een aantal ambulante en semiresidentieële jeugdwoonvoorzieningen in de regio. Verder wordt duidelijk dat een intensieve, individuele begeleiding van de jongeren als beste aanpak wordt beoordeeld (Biesma, Bieleman, Kruize & Ogier, 2004).

Gekeken naar de huidige hulpverlening in Nederland aan kinderen met meervoudige problematiek worden diverse knelpunten gesignaleerd. Zo ontbreekt soms de juiste hulp en is er vaak onvoldoende afstemming en coördinatie tussen de diverse betrokken partners. Ook Overijssel kamp met een aantal van deze knelpunten wanneer het hulp voor kinderen met meervoudige problematiek betreft. Als het gaat om meer interdisciplinaire samenwerking en zeker als het gaat om interdisciplinaire diagnostiek en behandeling, zijn er in den lande eigenlijk geen initiatieven bekend en al helemaal niet buiten de directe medische sector, tenminste als het gaat om de combinatie van medisch-somatische problemen, gedragsproblemen en algehele ontwikkelingsproblemen. Integrale Vroeghulp is, hoewel nog niet landelijke dekkend, een goed voorbeeld van een integrale aanpak, maar dan gericht op jongere kinderen. Voor kinderen op de basisschool met meervoudige problematiek is er geen reguliere hulp.

Verder wordt de intersectorale samenwerking ernstige bemoeilijkt door verschillende wet- en regelgeving die in gebruik van terminologie en in (gewenste) coördinatie en afstemming totaal niet op

elkaar aansluiten (Van den Braak & Konijn, 2005). Het lijkt dat de eerder beschreven aanbeveling van Konijn, De Graaf & Van den Berg (2004) nog steeds aandacht verdient: *“Helderheid te verschaffen over de uitvoering van casemanagement, begeleiding van de cliënt, gezinscoaching, functie van contactpersoon, zorgcoördinatie, trajectbegeleiding. Een snelle verkenning van deze functies en taken (eindrapport Drenthe) levert de conclusie op dat de basistaken jeugdgezondheidszorg, de AWBZ, de Wet op de Jeugdzorg en de wetten voor het speciaal onderwijs elke eigen accenten en beperkingen hebben om een langdurige cliëntondersteuning te organiseren. Wat in de wetten en regels voor de jeugdgezondheidszorg, de jeugdzorg, gehandicaptenzorg en speciaal onderwijs over cliëntondersteuning staat aangegeven, dient op een rij gezet te worden waarna een keuze voor één concept van of visie op cliëntbegeleiding dient te worden gemaakt. Deze visie dient consequent in de wet- en regelgeving voor de sector te worden verwerkt. Voor de regionale samenwerking in de praktijk is het belangrijk dat de partners van eenzelfde visie van cliëntondersteuning uit (kunnen) gaan”*.

Het project Kinderen met Meervoudige Ontwikkelingsproblematiek

Sinds ongeveer 6 jaar bestaat er in de regio Zwolle een intervisiegroep van 10-15 kindervertherapeuten en (para)medische professionals, die interdisciplinair en steeds meer gestructureerd kinderen bespreken, waarmee zij in de dagelijkse praktijk problemen ondervinden in de diagnostiek en/of de effectiviteit van de behandeling. In de casuïstiek in hoofdstuk 4 komt de werkwijze ook al tot uitdrukking. In 2006 groeide bij deze groep de behoefte om deze werkwijze meer te formaliseren en van een structurele financiering te voorzien. Een startnotitie dient als uitgangspunt van het project *Kinderen met Meervoudige Ontwikkelingsproblematiek* of MOP-project (Sijperda, 2007a). Dat leidde tot contact met de provincie als regisseur van de jeugdzorg, mede omdat de provincie krachtig inzet op samenhangende aanpak en diagnostiek van somatische problemen en gedragsproblemen. Het MOP-project, en het eventueel uiteindelijke centrum², beoogt een pilot te zijn voor en waar mogelijk bouwstenen aan te dragen voor een meer sluitende samenwerking tussen de jeugdzorg, gezondheidszorg en jeugdgezondheidszorg. De ervaringen zijn te gebruiken in een provinciaal plan voor de zorg voor jeugd, waarin de zorgadviesteams en de Centra voor Jeugd en Gezin een logische plaats zullen innemen (Sijperda, 2007b). Een uitgebreide beschrijving van het MOP-project, zoals beschreven in de startnotitie, staat zie bijlage III.

² Het hier genoemde centrum is niet perse een centrum in fysieke zin. Veel eerder moet in dit verband gedacht worden aan een centrum als een netwerkorganisatie van structureel gecoördineerde (specialistische) expertise, hetgeen vanuit een bepaalde organisatie wordt gedaan.

6. ANDERE INTERDISCIPLINAIRE AANPAKKEN

Zijn er misschien aanpakken of programma's elders in het land, die met het voorgestelde MOP-project vergelijkbaar zijn? Dat is de vraag die we ons in dit hoofdstuk stellen. De aanpak in Midden Brabant, Loket vroeghulp en het project 'Tussen wal en schip', is een vergelijkbare aanpak voor de doelgroep van het MOP-project. Verder hebben we geen volledig vergelijkbare aanpakken gevonden, maar wel andere interdisciplinaire aanpakken die interessante leerpunten kunnen opleveren voor de zorg aan kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblemen. U vindt de beschrijving van deze dertien aanpakken in bijlage II. Hieronder treft u een korte schets en gaan we in op de leerpunten, die ze opleveren voor de zorg aan kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblemen.

Die 13 aanpakken zijn:

1. Het *Loket vroeghulp, kind en jeugd* in Midden Brabant en meer in het bijzonder het project 'Tussen wal en schip' voor kinderen van 4 tot 12 jaar met meervoudige problematiek.
2. *Vroeg, voortdurend en integraal*, een landelijk project betreffende ketens van vroege signalering, diagnostiek, zorg, onderwijs en ondersteuning voor kinderen met beperkingen of chronische ziekten en hun gezin.
3. Het convenant *ketenaanpak jeugdbeleid, jeugdzorg en gezinsondersteuning* (vroegsignalering en zorgcoördinatie) Zuid Holland Noord, dat tot doel heeft om op de kortst mogelijke termijn na signalering van problemen in de opgroei- en opvoedsituatie te komen tot een interdisciplinaire, samenhangende hulp aan kinderen en gezinnen.
4. Het *Jeugdhulpteam 12-* in Kampen voor kinderen met 'multiproblematiek'. Het JHT 12- vormt een intermediair tussen consultatiebureaus, peuterspeelzalen, kindercentra en scholen en instellingen voor jeugdhulpverlening en jeugdgezondheidszorg.
5. *ANPAKK'N* (Twente), een werkwijze van signaleren, beoordelen en interveniëren, waarbij het principe "één cliënt, één dossier, één coördinator" leidend is. Daarbij wordt gebruik gemaakt van bestaande structuren en instanties en een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling.
6. Het *KANS Project Regio IJssel Vecht* is een integrale werkwijze voor achterstandsjongeren met meervoudige problematiek, waarin signalen van jongeren worden ingebracht en casuïstiekbespreking plaatsvindt.
7. *Integrale Jeugdhulp Vlaanderen* beoogt snel en vroegtijdig kunnen inzetten van gepaste hulp, vraaggericht kunnen werken, een naadloos hulpverleningstraject realiseren, hulpverlening laagdrempelig maken en de hulp intersectoraal beter organiseren.
8. Bij het *ABC-Jeugdteam* in Utrecht Leidsche Rijn kunnen professionals uit onderwijs, welzijn en gezondheidszorg kinderen van 0 tot 12 jaar aanmelden voor zorgadvies. Het jeugdteam is een driehoofdig aanspreekpunt met daarachter een zogeheten Multidisciplinair Beoordelingsteam (MBT). Het is een samenwerkingsverband van instellingen voor jeugdzorg en hulpverlening en Weer Samen Naar School (WSNS).
9. Het *Interventieteam Enschede* is een geïntegreerd casusoverleg, dat de afstemming tussen de voorzieningen op het gebied van wonen, zorg, onderwijs, veiligheid, werken en welzijn probeert te optimaliseren.
10. In het *Zorgprogramma ADHD* in de regio Delfland worden kinderen (vaak rond de 6-7 jaar oud) waarbij ADHD vermoed wordt, aangemeld en gescreend. Het ADMIT-team stelt ook een behandel- of onderzoeksplan op.
11. Het *Multidisciplinair team Dordrecht* is er voor alle basisscholen en bespreekt en onderzoekt kinderen met ingewikkelde problemen. Een MDT kan gezien worden als een combinatie van onderwijsondersteuning en een voorpost van bureau jeugdzorg.
12. Het *Medisch Kinder Dagcentrum* (MKD) van Jeugdzorg Drenthe is een dagbehandelinginstelling die multidisciplinaire hulp biedt aan kinderen van 1,5 tot 7 jaar met complexe (ontwikkelings)problemen en hun ouders. Het aanbod van het MKD omvat een multimodale behandeling van het kind, hulp aan de ouders en behandelingscoördinatie.
13. De basistraining '*Vroegsignalering*' *Overijssel* heeft als doel beroepsbeoefenaren van Kinderdagverblijven, Peuterspeelzalen en het Basisonderwijs beter toe te rusten voor het herkennen en omgaan met signalen die wijzen op ontwikkelingsproblemen bij kinderen (Wever, 2007).

De 13 hier besproken aanpakken geven voldoende indicatie voor de relevantie van investeringen in de zorg voor kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblemen. Ook bieden ze aanknopingspunten

voor de verbetering van de opzet. De dertien genoemde aanpakken komen met het initiatief van het MOP-project overeen op de volgende punten:

- Een minderheid van de aanpakken richt zich op de basisschoolleeftijd. De meeste aanpakken richten zich of op hele jonge kinderen of juist op jongeren (12+). Dat onderschrijft de noodzaak van het MOP-project in navolging van wat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (2002) heeft gezegd over kinderen, die tussen wal en schip vallen:”*dat een integrale aanpak voor kinderen met meervoudige problemen na het vierde jaar wenselijk is*”. Loket Vroeghulp, Kind en Jeugd Midden Brabant heeft daar met het project ‘*Tussen wal schip*’ op ingespeeld. Daar valt voor de zorg voor kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblemen kan in Overijssel veel van te leren en zelfs van over te nemen.
- De beschreven projecten (samenwerkingsverbanden) kennen bijna zonder uitzondering de volgende kenmerken:
 - vroege signalering
 - multidisciplinaire diagnostiek
 - multidisciplinair adviesplan
 - informatie, advies (en soms trajectbegeleiding)
- Daar waar de samenwerking ook behandeling omvat, wordt de zorgcoördinatie vaak overgedragen naar de ‘hoofdbehandelaar’.
- De meeste initiatieven hebben teambesprekingen waarbij diverse hulpverleners betrokken zijn. Soms werkt men met veel partners samen, andere aanpakken kennen juist een kleine vaste kern. Bij een kernteam is er bijna altijd wel de mogelijkheid dat externe leden, wanneer relevant, aansluiten.
- Betrokken partijen zijn vaak de jeugdzorg, jeugdhulpverlening, jeugdgezondheidszorg, jeugdwelzijnswerk, maatschappelijk werk en de geestelijke gezondheidszorg. Vaak is ook de school betrokken. Met name bij multidisciplinaire teams of zorgadviesteams speelt school een belangrijke rol.
- De Interventieteams in Enschede hebben ieder een onafhankelijke teamleider, welke uitsluitend een procesrol heeft. Een onafhankelijke teamleider biedt in zijn algemeenheid de kans een veel krachtiger sturing op de casuïstiek te krijgen. Daarnaast worden professionele inzichten goed verbonden en is de samenwerkingsstructuur meer continuïteit.

Verschillen tussen de dertien aanpakken en het MOP-project zijn er ook:

- De mate waarin ouders betrokken zijn, wisselt. Bij Loket Vroeghulp Midden Brabant gebeurt niks zonder de ouders er in te kennen. Ze hebben het gevoel erg bij de hulpverlening betrokken te worden. Bij het MDO in Hengelo is die betrokkenheid van de cliënt ook het uitgangspunt, maar spreekt men desgewenst zonder aanwezigheid van de cliënt over de casus.
- Kleine teams werken goed vooral in het beginstadium, zoals bij het ABC-jeugdteam in Utrecht, maar als de samenwerking zich optimaliseert dan vergroot brede samenwerking zoals bij het MDT in Dordrecht of Loket Vroeghulp in Tilburg de meerwaarde van een multidisciplinaire aanpak.
- Met een aantal andere aanpakken deelt het MOP-project de inzet om de zorg zo dichtbij mogelijk te bieden, zo kort en zo weinig belastend als mogelijk en zo intensief als nodig voor een optimale ontwikkeling.
- Scholen geven aan veel belang te hebben bij multidisciplinaire teams. Hulp aan leerlingen wordt sneller ingezet en ze komen sneller op de juiste plek terecht. Zo werd in Amsterdam gesignaleerd dat door de contacten van de multidisciplinaire teams met de scholen de deskundigheid van begeleiders en groepsleerkrachten is toegenomen. Hierdoor worden psychosociale problemen eerder gesignaleerd.
- In het MOP-project zijn ook zelfstandige beroepsbeoefenaren en particuliere praktijken betrokken. Die blijven elders vaak buiten de samenwerking en zijn het meestal professionals, die als (institutionele) vertegenwoordiger van hun instelling participeren. Met name voor de financiering van de beoogde aanpak heeft dit vergaande consequenties.
- Er zijn niet veel andere aanpakken, misschien met uitzondering van het Brabantse Loket Vroeghulp, die zich evenals het MOP-project onderscheiden door hun interdisciplinaire werkwijze en een daarachterliggende medisch-gedragsmatige, op public health georiënteerde ecologische visie op de ontwikkeling van kinderen. Daarin wordt gekeken naar het kind, diens taken en de omgeving waaronder de ouders.

Resultaten en effecten

Uit de dertien vergelijkbare initiatieven is tot op zekere hoogte iets te zeggen over de werkzaamheid en de resultaten van multidisciplinaire zorgtrajecten voor kinderen met meervoudige problematiek en hun ouders. De belangrijkste resultaten zijn:

1. Waar de tevredenheid van de ouders is geëvalueerd, laten die positieve resultaten zien. Wat betreft Integrale Vroeghulp vinden ouders het erg positief dat er één loket is, en één aanspreekpunt. Hierdoor verloopt de diagnostiek sneller en is de kwaliteit beter. Ouders komen snel bij de juiste hulp voor de problemen van hun kind terecht.
2. Hulp aan leerlingen wordt sneller ingezet en leerlingen en hun ouders komen sneller bij de juiste hulpverlening terecht is het oordeel van leerkrachten, die betrokken zijn bij multidisciplinaire teams op hun school. De winst van het Loket Vroeghulp zat voor ouders in het feit, dat ze slechts één loket hoeven te bezoeken. Daarbij is maar financiering voor één loket nodig. De diagnostiek verloopt sneller en de kwaliteit van zorg neemt toe (Post en Zijlker, 2007). De meeste ouders blijken de adviezen van het team Integrale Vroeghulp voor ouderbegeleiding, opvang en onderwijs op te volgen.
3. In het project *'Tussen wal en schip'* is het trajectteam - revalidatiearts, zorgconsulent, orthopedagoog, psycholoog, schoolmaatschappelijk werker, schoolarts en medewerker van Bureau Jeugdzorg - er in Tilburg in geslaagd voor kinderen van 4 tot 12 jaar met meervoudige problematiek de juiste zorgtrajecten voor de kinderen te bepalen. Vaak hebben de ouder(s) al een lang traject bewandeld bij verschillende hulpverleningsinstanties, maar nog is er geen passende hulp gevonden (Verhees, 2006). Dit traject kan als een zeer bruikbare "good practice" voor het MOP-project dienen.
4. In 2002 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg onderzoek gedaan naar de Integrale Vroeghulp projecten. Ouders bleken zeer tevreden te zijn over de hulpverlening. De snelheid van werken als de ouders eenmaal bij de Integrale Vroeghulp zijn beland, vinden zij erg goed. Er is een goede samenwerking tussen de hulpverleners, de ouders worden serieus genomen, actief betrokken bij de hulpverlening en worden goed op de hoogte gehouden. De wensen van de cliënt staan centraal, de hulpverleners zijn betrokken en eindelijk worden de ouders niet meer van het kastje naar de muur gestuurd. De positieve beleving komt vooral door de coördinatie (één adres), het casemanagement (iemand staat je terzijde) en het handelingsplan, dat met de ouders is afgestemd en doorgesproken. Over (lange termijn) effecten op de ontwikkeling van het kind is nog niks bekend.
5. De aanpak ANPAKK'N uit Twente voor jongeren met zware meervoudige problematiek biedt vanuit het principe "één cliënt, één dossier, één coördinator" gebruik makend van bestaande structuren en instanties en een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling een essentiële meerwaarde door de nadrukkelijke focus op doelrealisatie en het coördineren van de procesgang tussen de instanties en leefdomeinen (Doodkorte, 2007).
6. Het KANS-overleg is zeer effectief gebleken in het signaleren van specifieke problemen en bepaalde oplossingsstrategieën. Sterke punten van deze aanpak zijn:
 - Goede betrokkenheid van overheid.
 - Goede betrokkenheid van instellingen.
 - Samengaan van beleid en uitvoering.
 - Interdisciplinariteit lijkt binnen de groep optimaal gewaarborgd.
 - Integrale werkwijze wordt ook voor jongeren duidelijk (wie staat waarvoor in jeugdhulpverlening).Zwakke punten zijn er ook. Het samenwerkingsverband is te log en weinig slagvaardig. Niet alle vindplaatsen worden bereikt, teveel jongeren vallen nog tussen wal en schip. Door een gebrek aan tijd en mankracht worden taken nog teveel op de lange baan geschoven (Sijperda, 1996).
7. Ook de interventie-aanpak in Enschede is geëvalueerd (Begeleidingscommissie, 2005). Op dat moment is de conclusie, dat de structuur voor de aanpak van jongeren met meervoudige problemen behoorlijk verbeterd is. Maar zo zegt het onderzoeksrapport ... *"er moet nog veel gebeuren"*. De winst ligt in de verbinding van professionele inzichten, de doelgroepgerichtheid van interventies, de krachtiger sturing op casuïstiek door de teamleider, de verbeterde aansluiting met het onderwijs, de centrale rol voor het maatschappelijk werk en de betere registratie, regie en indicatiestelling.
8. Na vier jaar experimenteren heeft men in Delfland een duidelijk hulpverleningstraject ontworpen en zijn er een groot aantal aaneengeschakelde behandelvormen voor kinderen met ADHD

toepasbaar. Ook zijn vormen van ondersteuning voor ouders en leerkrachten beschikbaar.

Daarnaast worden kinderen steeds jonger aangemeld (Van Veen, Van Lieshout, Doorduijn, 2004).

9. De multidisciplinaire teams in Dordrecht, waarin onderwijsondersteuning en een voorpost van bureau jeugdzorg samengaan, worden door de scholen als onmisbaar beschouwd. De hulp aan leerlingen kan sneller worden ingezet en kinderen komen sneller bij de juiste hulpverlening terecht. Met name leerlingen uit de groepen 2 tot en met 4 met een relatief hoge 'wegingsfactor' worden vaak aangemeld. Bij 43 procent van de aangemelde leerlingen was sprake van meervoudige problematiek (het jaar ervoor 64 procent).
Over het algemeen laten de MDT's positieve resultaten zien. Zo is er een succesvolle samenwerking van de grond gekomen en krijgen kinderen sneller de juiste hulp voor de betreffende problemen. Zowel ouders als de scholen en andere zorginstellingen kunnen terecht bij één loket. Ook ouders zijn over het algemeen positief: goed bereikbaar, goede aansluiting met de school en er is sprake van deskundigheid. MDT's die outreachend werken bereiken juist ook de ouders die anders niet bereikt worden. Tot slot heeft het JAT in Amsterdam gemerkt dat door de contacten met scholen dat de deskundigheid van begeleiders en groepsleerkrachten is toegenomen waardoor psychosociale problemen eerder worden gesignaleerd (www.lcoj.nl).
10. In meer algemene zin komt uit onderzoek van Elderman et al. (2007) naar de werkzame elementen in het hulpaanbod aan ouders met opvoedingsproblemen en in Naution's studie (2003) naar effectieve preventie naar voren dat de zorg effectiever is naar mate:
 - de hulp zowel op de ouder als op het kind is gericht (multimodale hulp);
 - ouders intensief betrokken zijn;
 - gebruik is gemaakt van videofeedback;
 - er een individuele, effectieve aanpak van het kind is;
 - er samenwerking bestaat met de school;
 - en door competente professionals effectieve interventies worden toegepast.Tot slot draagt een zorgvuldige beëindiging van de behandeling en intensieve nazorg bij aan het vasthouden van de geboekte vooruitgang.

Hoewel het MOP-project nu nog niet optimaal functioneert, zit de winst van een toekomstig MOP-project potentieel in snellere doorlooptijden voor diagnostiek en hulpverlening, in de kwaliteit van leven voor met name de kinderen, een vroegere signalering en een efficiëntere hulpverlening. Daarnaast wordt beoogd dat het MOP-project leidt tot grotere transparantie, een verhoogde tevredenheid van gebruikers en minder belasting voor alle betrokkenen.

Uiteindelijk werkzame factoren van een aanpak, die is gebaseerd op het MOP-initiatief, zijn:

- De werkwijze volgens het principe "één cliënt, één dossier en één coördinator".
- Kleine werkteams met een breed scala aan inzetbare disciplines vanuit een breed draagvlak aan instellingen.
- Een tweefasenaanpak met als centrale aangrijpingspunten enerzijds signalering, toeleiding, diagnostiek en anderzijds een multimodale (kind en gezin), multidisciplinaire behandeling.
- Het principe van zorg/hulp en coördinatie/casemanagement als twee-eiige eenling.
- Nauwe samenwerking met vindplaatsen, waaronder scholen en zorgadviesteams.
- De niet vrijwillige, verplichtende samenwerking vastleggen in convenanten over het samenwerkingsverband.
- Protocollering van de zorgroute en verantwoordelijkheidsverdeling.
- Een brede, interdisciplinaire anamnese.
- Een zorgcoördinator, die zo onafhankelijk mogelijk is met een krachtige rol in het procesmanagement en de behandeling.

7. STAKEHOLDERANALYSE

Bij de signalering, toeleiding, diagnostiek en behandeling van kinderen met meervoudige (ontwikkelings-)problemen is een scala aan voorzieningen en professionals betrokken. In dit hoofdstuk bespreken we wie er betrokken zijn, hoe ze betrokken zijn, hoe dat gefinancierd wordt en wat de gevolgen zijn voor de wijze van financiering van de MOP-aanpak. Zo is zijn provincies verantwoordelijk voor het bureau jeugdzorg en de zorg waarop aanspraak bestaat op grond van de Wet op de jeugdzorg (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2005). Voor een kort overzicht over wie welke verantwoordelijkheden (financieel) heeft volgens de Wet op de Jeugdzorg wordt verwezen naar bijlage IV.

Van eerste zorgen en signalen naar meervoudige diagnostiek

Kinderen met meervoudige problematiek kunnen op allerlei plekken (vindplaatsen) voor de eerste keer met signalen naar voren komen. Ouders ventileren hun zorgen over hun kind bij zorgverleners, vaak vooraf gegaan door er met vrienden en familie, soms met burenen of vrijwilligers (denk aan de collega-leesmoeder op school) over te praten. Soms gebeurt dat heel expliciet, veel vaker zal dat met “verdekte” taal gepaard gaan. Vaak zullen ouders in een voor de hand liggende situatie signalen openbaren: bij een rapportbespreking op school, bij de huisarts, in een gesprek met de schoolarts of de intern begeleider op school. Heel vaak zal het uitmonden in een bespreking in het (schoolgebonden) zorgadviesteam, dat mogelijk de belangrijkste toeleider zal zijn voor het MOP-project.

Al deze professionals worden geacht gevoelig te zijn voor dergelijke signalen en die adequaat te kunnen detecteren. In de praktijk valt dat nog wel eens tegen, zoals we uit diverse casuïstiek en dagboeken weten, mede omdat geschikte instrumenten ontbreken of niet gebruikt worden, communicatieve kwaliteiten een goede dialoog met de ouders verhinderen en dit een vraagstuk is, waarin generalistisch werkende professionals van oudsher onvoldoende geschoold zijn. Scholing blijft dan ook geboden. Dat neemt niet weg dat signalering van psychosociale en pedagogische problematiek en de toeleiding naar zorg tot de reguliere taken van al deze professionals wordt gerekend. In het kader van het MOP-traject zijn aanvullende inspanningen nodig op:

- de kwaliteit van de signalering; daarbij is aansluiting mogelijk op het in het kader van provinciaal beleid ingezette *Project Training Vroegsignalering*,
- consultatie van signalerende en toeleidende professionals; dit speelt vooral als complexe maar diffuse signalen in het geding zijn.

Met name die consultatie zou - gezien ook de kwaliteitsverhogende werking die daar van uitgaat zoals ondermeer tot uiting komt bij het Loket Vroeghulp in Tilburg - voor aanvullende financiering in aanmerking moeten komen.

Ingewikkelder wordt het als een kind wordt aangemeld bij het MOP-team. Interdisciplinaire diagnostiek is geen standaard gefinancierde taak. Afzonderlijke professionals hebben uiteraard de diagnosestelling (kinderfysiotherapie, kinderarts) of indicatiestelling (Bureau Jeugdzorg) tot taak. Dat beperkt zich dan tot hun specifieke behandelingsgebied. Buiten het eigen vakgebied kijken, laat staan diagnosticeren is er niet bij; uiteraard niet. Maar ook de noodzakelijke meervoudige diagnostiek organiseren, rekenen deze professionals vaak niet tot hun taak. Coördinatie van zorg is wettelijk toegewezen aan de JGZ conform de Wet op de Collectieve Preventie Volksgezondheid en Bureau Jeugdzorg conform de Wet op de jeugdzorg, maar wordt in de praktijk nauwelijks systematisch uitgevoerd, zoals onder meer uit talloze inspectie-rapporten is gebleken. Dat is mede het gevolg van een gebrekkige toedeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden en anderszins het gevolg van ontbrekende dan wel gedeeltelijke financiering of dat de financiering dermate verborgen is in lumpsum budgettering dat zonder prioritering die taak niet tot uitvoering komt. Het gevolg is dat ouders gaan shoppen en dat zoals eertijds ook het geval was met kinderen, die Integrale Vroeghulp behoeven, ouders met hun kind achtereenvolgens de verschillende circuits aflopen alvorens ergens in dat traject een keer “op de goede plaats te belanden”.

Financiering

Als we dan wat nauwkeuriger kijken naar de verschillende aanpakken volgens een interdisciplinaire benadering, dan zien we dat sommige onderdelen wel en andere niet regulier gefinancierd worden. Meestal worden niet regulier gefinancierd:

- besprekingen van kinderen in het interdisciplinaire team van zelfstandig werkzame, particuliere zorgverleners;
- coördinatie van zorgtaken naar zorgverleners (informatie verzamelen, interdisciplinaire case conference organiseren en leiden, plan opstellen, terugrapporteren, volgen);
- naar ouders communiceren bij langdurige complexe, meervoudige problematiek;
- de opschaling naar intensieve coördinatie als de (multiproblem) casuïstiek daar om vraagt;
- interdisciplinaire diagnostiek coördineren en diagnostiekrapportages opstellen ;
- een interdisciplinair behandelingsplan opstellen en organiseren;
- consultatie van toeleidende en verwijzende zorgverleners.

Wel gefinancierd worden:

- diagnostiek vanuit het eigen vakgebied in de jeugdgezondheidszorg, de somatische zorg of de jeugdzorg;
- teambesprekingen bijwonen of collegiaal overleg voeren;
- enkelvoudig behandelingsplan maken;
- behandeling uitvoeren en afronden: somatische zorg en (geïndiceerde) jeugdzorg;
- casemanagement door Bureau Jeugdzorg;
- Integrale Vroeghulp voor kinderen van 0-4 jaar met motorische en andere ontwikkelingsproblemen.

Dat betekent dat integrale, interdisciplinaire en gecoördineerde zorg voor kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblemen volgens de systematiek van het MOP-project alleen kans van slagen heeft als aanvullende financiering beschikbaar komt voor:

1. Alle zorgverleners (uit somatische en psychosociale disciplines) die moeten deelnemen aan de interdisciplinaire kindbesprekingen.
2. De uitvoering van de benodigde taken van zorgcoördinatie ten behoeve van de interdisciplinaire aanpak, in het bijzonder de diagnostiek en behandeling in zowel de medisch-somatische als de geïndiceerde jeugdzorg .

De omvang van die aanvullende financiering³ is naar schatting € 2900 per casus (uitgaande van een gemiddeld uurtarief van € 100 per zorgverlener), bestaande uit:

- gemiddeld 3 zorgverleners per casus per kindbespreking (3 besprekingen van een uur gemiddeld);
- 20 uur zorgcoördinatie per casus per jaar.

De financiering ligt in handen van verzekeraars waar het gaat om de eerste- en tweedelijnszorg (kinderfysiotherapeut, kinderarts, e.d), gemeenten (jeugdgezondheidszorg) en provincie (Bureau Jeugdzorg en de geïndiceerde jeugdzorg) en de AWBZ (gehandicaptenzorg), waarbij particuliere zorgverleners mogelijk nog steeds een probleem houden. Zij zouden de expertise in de kindbesprekingen moeten financieren. De financiering van de taken van zorgcoördinatie is minder evident. Daar ligt mogelijk een rol voor de provincie en gemeenten.

Om de werkzaamheid van integrale, interdisciplinaire en gecoördineerde zorg voor kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblemen te onderzoeken en het rendement van de financiering te evalueren, bevelen wij aan een pilot van een verder verbeterde versie van het MOP-project op te zetten met een omvang van 20 cliënten. Naast de nader te berekenen projectkosten zou dan voor de uitvoering door betrokken zorgverleners € 58.000 geïnvesteerd moeten worden⁴.

Op termijn kan de financiering voor de interdisciplinaire zorg voor kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblemen gevonden worden in een financieringssysteem naar analogie van de diagnose-behandel-combinaties (DBC's), waarbij uitbreiding valt te overwegen naar een signaal-interventie combinatie, zodat naast diagnostiek en behandeling ook de fase van signalering en toeleiding/verwijzing is geïncorporeerd. Een alternatief is deze zorg te gaan financieren als een zorgprogramma, waarbij bijvoorbeeld een vergelijking gemaakt kan worden met de gemengde financiering (verzekeraars en publieke middelen) van het ADHD-zorgprogramma in Delfland. Ook kan gekeken worden naar inspirerende voorbeelden uit het buitenland. In de Verenigde Staten draagt onder meer de Kaiser Foundation bij aan de innovatie op dit gebied en is een staat als Michigan al ver gevorderd op de weg naar "comprehensive youth policies and services" met inbegrip van

³ Dit is een schatting welke kan afwijken als de werkelijke uurtarieven van betrokken zorgverleners verschillen van het veronderstelde gemiddelde van € 100 per uur. Dat moet nader uitgezocht worden bij het opstellen van een proefproject.

⁴ Schatting: zie ook voetnoot 2.

integrale financiering. In Engeland is een volledig alternatieve vorm van financiering ontwikkeld (Vink, 2007; van der Pijll en Konijn, 2006). In de Children's Act 2004 is vastgelegd dat alle voorzieningen moeten samenwerken om de opvoedingsdoelen van het jeugdbeleid '*Every child matters*' te halen. Daartoe worden Children's Trusts opgericht. Die zijn te vergelijken met een gemeentelijke bestuursdienst in combinatie met een stichting voor de gemeentelijke jeugdvoorzieningen. In de Trust werken alle voorzieningen samen: onderwijs, welzijn, gezondheidszorg en jeugdzorg. Hun medewerkers vormen multidisciplinaire teams en krijgen een gezamenlijke training. Het belangrijkste doel van de Trusts is het bijeenbrengen van budgetten en middelen om effectiever te kunnen werken aan betere voorzieningen voor kinderen. Voorbeelden van geïntegreerde voorzieningen zijn 'Children's Centres' - vergelijkbaar met de voorschool - en 'extended schools', vergelijkbaar met de brede school. Een belangrijk verschil met Nederland is dat de meeste voorzieningen voor kinderen en jongeren in Engeland worden uitgevoerd door de overheid. Er wordt in de Trust echter ook samengewerkt met een groot aantal particuliere organisaties. Door de verplichte samenwerking tussen voorzieningen is het ook eenvoudiger om een contactpersoon voor het hulpvragende kind en gezin te benoemen, de 'lead professional', vergelijkbaar met een zorgcoördinator of een gezinscoach.

8. CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

In het begin van dit rapport hebben we de zeven vragen benoemd die de aanleiding voor dit verkennende onderzoek vormden. Het is nu tijd tot beantwoording van die vragen over te gaan en daarmee de potentie van specifieke zorg voor kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblemen in de basisschoolleeftijd, zoals voorgesteld in de MOP-aanpak, te beoordelen. De zeven vragen met hun antwoord zijn:

1. *Wat is de aard en de zwaarte van de combinatieproblematiek?*

In de groep van 0 tot 12 jaar is bij 5% sprake van meervoudige problemen en een negatief beleefde opvoedingssituaties. Van de basisschoolleerlingen heeft 13% een langdurige handicap, 10% angstproblemen, 0,7 tot 5% gedragsproblemen, 5-15% spraakproblemen, 3-10% lees- en spellingsproblemen, 5-10% licht motorische stoornis, 4-6% psychiatrische stoornis (welke een belemmering vormt) en bij 15% spelen (lichte) opvoedproblemen. Somatische problemen gaan vaak gepaard met psychosociale problemen, emotionele- en gedragsproblemen gaan vaak samen met psychiatrische problematiek en schoolproblemen gaan vaak gepaard met emotionele-, gedrags- en ontwikkelingsproblemen.

De verschillende problemen komen bij een aanzienlijke groep kinderen voor. Omdat de problematiek door zijn meervoudigheid complex en ingrijpend is, kunnen we spreken van een relevant en omvangrijk vraagstuk.

2. *Wat is de omvang van de doelgroep in Nederland respectievelijk Overijssel?*

Geschat wordt dat de groep kinderen, bij wie zich gedurende de periode op de basisschool de diffuse, meervoudige problemen openbaren, tussen de 0.5 en 1.5% van de leeftijdsgroep uitmaakt. Uitgaande van deze schatting gaat het in de provincie Overijssel om 564-1691 kinderen tussen de 4 en 12 per jaar.

3. *Is uit signalen uit het werkveld bekend of er knelpunten en hiaten zijn in de hulpverlening aan kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblemen doordat de verbinding van de psychosociale jeugdzorg met de somatische zorg te weinig wordt gelegd?*

Zowel in Nederland als in Overijssel worden diverse knelpunten gesignaleerd voor kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblemen. De juiste hulp ontbreekt en er is onvoldoende afstemming en coördinatie tussen de diverse betrokken partners, zeker ook tussen de psychosociale jeugdzorg en de somatische zorg. Er zijn landelijk weinig initiatieven tot intersectorale samenwerking in diagnostiek en behandeling. Dat wordt ook bemoeilijkt door verschillende wet- en regelgevingen, uiteenlopende financiering en een gebrek aan (gewenste) coördinatie en afstemming.

4. *Hoe ziet in een korte schets de beoogde werkwijze van het MOP-project er uit?*

Het MOP-project (5.3, bijlage) houdt zich bezig met een interdisciplinaire benaderingswijze (vanuit de jeugdgezondheidszorg, somatische zorg en de jeugdzorg) voor kinderen met diffuse, complexe meervoudige problematiek waarvoor reguliere zorg en samenwerkingsverbanden tekort schieten. De opzet en werkwijze beslaat idealiter vijf fasen: toeleiding, informatie verzamelen, het beeld van de problematiek completeren en diagnose stellen, interdisciplinaire behandeling, coördinatie en evaluatie.

5. *Is uit onderzoek of vergelijkbare projecten iets bekend over de effecten van de huidige manier van werken op het behandelde kind en zijn omgeving?*

- sneller herstel t.o.v. afzonderlijke behandeling;
- beter herstel t.o.v. afzonderlijke behandeling;
- geringere belasting voor het kind in het herstel.

Op basis van het beschikbare onderzoek is het nauwelijks mogelijk de werkzaamheid en resultaten van andere interdisciplinaire projecten en aanpakken aan te duiden. Wel is te constateren:

- ouders beoordelen en beleven de integrale zorg positief vooral door de coördinatie (één adres), het casemanagement en het met de ouders afgestemde en besproken

(be-)handelingsplan;

- door actief samen te werken met scholen en andere vindplaatsen worden leerkrachten en andere professionals deskundiger waardoor signalering en het inzetten van (juiste) hulp versneld wordt;
- zorg wint aan effectiviteit als coördinatie en zorgverlening samen op gaan, ingezet vanuit een kernteam met een zorgcoördinator en een uitgebreide interdisciplinaire "achterban";
- overige effectieve factoren lijken te zijn: goede betrokkenheid van overheid en instellingen, samengaan van beleid en uitvoering, interdisciplinariteit, een individuele op-maat-aanpak volgens de principes één kind/gezin, één plan, één team en het bieden van nazorg.

6. *Wat zijn de kenmerken van de doelgroep in termen van belanghebbenden? Wie zijn belanghebbenden (verzekeraars, provincie, gemeente, rijk) en voor welk financieel deel?*

De zorg voor kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblemen, b.v. via een aanpak als het MOP-initiatief, krijgt alleen kans van slagen als aanvullende financiering beschikbaar komt voor:

- Alle zorgverleners die moeten deelnemen aan de interdisciplinaire kindbesprekingen, te beginnen met het kernteam vanuit de jeugdgezondheidszorg, de somatische zorg (b.v. kinderfysiotherapie) en Bureau Jeugdzorg.
- De uitvoering van de benodigde taken van zorgcoördinatie ten behoeve van de interdisciplinaire aanpak.

De omvang van die aanvullende financiering is naar schatting € 2900 per casus. De financiering ligt in de gezamenlijke handen van verzekeraars (eerstelijnszorg), gemeenten (jeugdgezondheidszorg), AWBZ (gehandicaptenzorg) en provincie (jeugdzorg), maar zal ook in de pilot vereisen, dat één van de financierende partijen het voortouw neemt om tot meer samenhang in de financiering te komen. Die rol zou ons inziens goed passen in het vigerende provinciale jeugdbeleid. Daarnaast vraagt een eventueel pilot-project een afzonderlijk budget voor projectontwikkeling, -innovatie en -evaluatie.

7. *Wat zijn, op basis van beantwoording van voorgaande vragen, de mogelijke verbeteringen ten opzichte van de huidige werkwijze? Hoe ziet een korte doorkijk/schets van meest aangewezen wijze van werken in een proefproject er uit?*

Het moge duidelijk zijn dat de interdisciplinaire zorg voor kinderen met meervoudige (ontwikkelings)problemen een relevant vraagstuk is van beperkte omvang, maar met een stevige impact op kinderen en ouders. Met relatief beperkte investeringen in een aanpak, zoals voorgesteld in het MOP-initiatief, is kwaliteitswinst te boeken. Maar de winst van integrale en interdisciplinaire zorg voor deze kinderen is potentieel groter. Die bestaat, zoals eerder gezegd, uit:

- snellere doorlooptijden voor (interdisciplinaire) diagnostiek en hulpverlening,
- de verbetering van de kwaliteit van leven voor met name de kinderen,
- een vroegere signalering,
- en een efficiëntere hulpverlening.

Daarnaast leidt het tot grotere transparantie: voor ouders en kinderen, voor financiers, voor aanbieders en toeleiders is duidelijk wat daar gebeurt. Ook is een verhoogde tevredenheid van gebruikers en minder belasting voor alle betrokkenen geconstateerd. Dat vereist wel een goed doordachte, onderbouwde en effectieve aanpak. De eerste stap daartoe kan een Pilotproject MOP zijn, waarin bijvoorbeeld bij maximaal 20 kinderen de aanpak beproefd en geëvalueerd wordt, waarbij bijzonder goed gebruik kan worden gemaakt van de ‘good practice’ van Loket Vroeghulp in Midden-Brabant. Aansluiting bij Integrale Vroeghulp in Overijssel en inbedding in de ontwikkeling van het Centrum voor Jeugd en Gezin moet nadrukkelijk worden overwogen.

Randvoorwaarden

Dit alles vraagt van het toekomstige, nader uit te werken MOP-project wel om in aanvulling op de diverse ‘werkzame’ factoren, die er al in zijn verwerkt, te voldoen aan een aantal randvoorwaarden:

1. Een profileringsplan opstellen: het Pilotproject MOP moet bekend raken in de keten zodat toeleiding van het medische circuit en het jeugdzorgcircuit snel plaatsvindt.
2. Een plan van aanpak opstellen voor:
 - a. Ontwikkelen en invoeren van het collectief signaleringssysteem.
 - b. De werkwijze volgens het principe “één cliënt, één dossier en één coördinator” uitwerken in de (MOP-)methodiek.
 - c. Inbedding van het interdisciplinaire project (Centrum) in het totale regionale en provinciale jeugdbeleid. Daarbij is ook te overwegen het te plaatsen in de backoffice van de op te richten Centra voor Jeugd en Gezin, waardoor directe lijnen ontstaan met de jeugdgezondheidszorg, de eerstelijnsvoorzieningen en de zorgadviesteams als de toeleiders naar zorg en de keten naar Bureau Jeugdzorg, de (geïndiceerde) jeugdzorg en andere gespecialiseerde zorg maximaal open en kort blijft.
3. Er moet iemand benoemd worden die het gehele proces van begin tot eind coördineert en zorgt voor afstemming (eindverantwoordelijke); dus een professional naast of in plaats van de “poortwachter”, “groepsproces-coördinator” en “behandelingsproces-begeleider” (mogelijk is dit de poortwachter).
4. Eenduidigheid krijgen in de terminologie.

5. Protocollen opstellen voor:
 - a De taken en verantwoordelijkheden van de “poortwachter”, de “groepsprocescoördinator” en de “behandelingsprocesbegeleider” voorafgegaan door antwoord op de vraag of deze coördinatietaken niet zo veel mogelijk in één hand moeten worden gelegd.
 - b Overige toekenningen van verantwoordelijkheden.
 - c De warme overdracht na toeleiding of diagnostiekfase.
6. Duidelijkheid verschaffen over de beoordeling of een kind wel of niet interdisciplinaire zorg krijgt naar aanleiding van de interdisciplinaire anamnese:
 - a. Een ‘afkappunt’ voor de intake vaststellen, of;
 - b. Iemand verantwoordelijk stellen voor de beoordeling: bijvoorbeeld de ‘diagnostieccoördinator’.
7. Transparantie verkrijgen.
 Om het kwaliteitsniveau van de werkwijze, de samenhang en samenwerking tussen de jeugdgezondheidszorg, Bureau Jeugdzorg, de somatische gezondheidszorg en de geïndiceerde jeugdzorg duidelijk en zichtbaar te krijgen is transparantie nodig. Dat vereist:
 - a. De methodische structuur voor het beoogde Centrum goed uitwerken, laten aansluiten bij het Centrum voor Jeugd & Gezin en Integrale Vroeghulp.
 - b. De werkwijze goed evalueren.
 - c. Samenwerking realiseren met een wetenschappelijke vakgroep en innovatie instituut.
 - d. Werk met een vast kernteam – bijvoorbeeld uit de JGZ, kinderfysiotherapie, Bureau Jeugdzorg en een zorgcoördinator - waarbij een breed scala aan disciplines (van verschillende instellingen uit de vrij toegankelijke en de geïndiceerde zorg) waar nodig aan kan sluiten.
 - e. Ouders actief bij het proces betrekken (bijvoorbeeld bij een teambespreking).
 - f. Eén loket en aanspreekpunt (zorgcoördinator) creëren voor ouders.
 - g. Nauwe samenwerking met scholen en andere vindplaatsen en de zorgadviesteams.
 - h. Leg een nadrukkelijke focus op doelrealisatie.
 - i. Het principe hanteren van zorg/hulp en coördinatie/ casemanagement als twee-euige eenling.
 - j. Samenwerkingsverbanden vastleggen in convenanten.

“Good-practice”

Loket Vroeghulp, Kind en Jeugd in Midden Brabant kan als een zeer bruikbare “good-practice” voor de zorg voor kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblemen dienen. Het Loket Vroeghulp, Kind en Jeugd biedt informatie, onderzoek en hulp bij ontwikkelingsproblemen bij kinderen van 0 - 12 jaar. Loket Vroeghulp biedt diagnostiek en hulpverlening vanuit één team. Daarnaast kent Loket Vroeg hulp het project “Tussen wal en schip”. De insteek bij dit project is meervoudige ontwikkelingsproblematiek bij kinderen van vier tot twaalf jaar. De werkwijze is mogelijk richtinggevend voor de pilot voor deze kinderen in Overijssel. De kinderen komen na de aanmelding en de intake – met integrale diagnostiek als vertrekpunt – terecht bij het zogenaamde trajectteam om het traject voor de aangemelde kinderen te bepalen. Het trajectteam bestaat uit een revalidatiearts, een zorgconsulent, een orthopedagoog, een psycholoog, een schoolmaatschappelijk werker, een schoolarts en een werknemer van bureau jeugdzorg. De nadruk ligt in het trajectteam op het bepalen van het juiste zorgtraject voor het kind (Verhees, 2007). Aangezien ook het MOP-project zowel diagnostiek, behandeling als trajectbegeleiding beoogt te realiseren voor kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblemen, lijkt Loket Vroeghulp, Kind en Jeugd in Midden Brabant een goed voorbeeld. Daarnaast blijkt uit onderzoek een grote tevredenheid bij ouders te zijn. De winst van Loket Vroeghulp zit hem in:

- *Je bezoekt als ouders slechts één loket;*
- *Financiering: voor slechts één loket;*
- *Diagnostiek verloopt sneller;*
- *Betere kwaliteit (bij de juiste hulp terechtkomen).*

Dat kan nog aangevuld worden met aanbevelingen uit onderzoek naar Integrale Vroeghulp in Zuid-Holland, die voor de werkwijze van het MOP-project het volgende impliceren:

- *Tijdens de intakefase op een systematische manier de ontwikkeling van het kind en de omgeving in kaart brengen. In het model van Greenspan staan een aantal observatielijsten beschreven die gebruikt kunnen worden.*

- *De verslagen van het intakegesprek en het onderzoek moeten gestandaardiseerd worden en moeten geoperationaliseerd en gedefinieerd worden. Zo ontstaat eenheid van taal en is het gemakkelijker kwantitatief onderzoek te doen.*

Samenvatting

Concluderend bevelen we de provincie aan om in een pilot de integrale, interdisciplinaire zorg voor kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblemen verder te ontwikkelen tot een systematische en methodisch beschreven aanpak, die voldoet aan de gangbare kwaliteitsnormen op grond van de volgende overwegingen:

- het gaat door de meervoudigheid, complexiteit en aanvankelijke ongrijpbaarheid om een ingrijpend en relevant vraagstuk;
- de omvang beslaat in de provincie Overijssel naar schatting 564-1691 kinderen tussen de 4 en 12 per jaar;
- er zijn hiaten en knelpunten geconstateerd, zowel in Nederland als in Overijssel, in de (integrale) diagnostiek en behandeling van kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblemen op de basisschool.

Met inachtneming van de resultaten uit vergelijkbare initiatieven in het land kan in een dergelijk pilot-project een kwalitatief zorgprogramma ('good practice') worden ontworpen van een kansrijke, interdisciplinaire benaderingswijze (vanuit de jeugdgezondheidszorg, somatische zorg en de jeugdzorg) voor diagnostiek en behandeling van kinderen met diffuse, complexe meervoudige problematiek waarvoor reguliere zorg en samenwerkingsverbanden tekort schieten. Het initiatief van het MOP-project biedt daartoe een goede aanzet. In aanvulling daarop kan in het bijzonder goed gebruik worden gemaakt van de 'good practice' van Loket Vroeghulp in Midden-Brabant. Aansluiting bij Integrale Vroeghulp in Overijssel en inbedding in de ontwikkeling van het Centrum voor Jeugd en Gezin moet nadrukkelijk worden overwogen. Het toekomstige zorgprogramma kan gewaarborgd worden met een integrale financieringsvorm.

Daarbij verdient het aanbeveling deze pilot te evalueren op werkbaarheid en op de potentiële resultaten: effectievere en snellere zorg, tevreden ouders en professionalisering van de ketenzorg.

Literatuur

- Baltissen, A., Bleeker, S., Borsboom, S., Shiltman, R., Schoot Uiterkamp, L., & Spauwen, M. (2006a). *Gezondheidsmonitor Kinderen*. Zwolle: GGD Zwolle.
- Baltissen, A., Bleeker, S., Borsboom, S., Shiltman, R., Schoot Uiterkamp, L., & Spauwen, M. (2006b). *Gezondheidsmonitor Kinderen. Regiorapporte*. GGD Regio IJssel-Vecht.
- Begeleidingscommissie (2005). Evaluatie pilot Coördinatie Zorg en Veiligheid. InAxis. *Concept convenant ketenaanpak jeugdbeleid, jeugdzorg en gezinsondersteuning* (vroegsignalering en zorgcoördinatie) Zuid Holland Noord.
- Bieleman, B., Kruize, A. & de Jong, A. (2003). 4.000 risicjongeren in Groningen. *SEC, tijdschrift over samenleving en criminaliteitspreventie*, 17, 2, 7-10.
- Biesma, S., Bieleman, B., Kruize, A. & Ogier, C. (2004). *Meervoudige problematiek gesignaleerd. Aard, omvang en aanpak jongeren met meervoudige problematiek in de regio Midden-IJssel*. Intraval.
- Bos, J. (2005). *Model voor coördinatie en gezinscoaching en handvatten voor implementatie*. Spectrum: Centrum voor maatschappelijke ontwikkeling Gelderland.
- Braak, J. van den & Konijn, K. (2005). (On)mogelijkheden van casemanagement voor multiprobleemgezinnen.
- Burger, H. (2001). Epidemiologie van psychische problemen en gedragsproblemen in Nederland. *Tijdschrift gezondheidswetenschappen*, 79, 513-519.
- Delfos, M.F. (2000). *Kinderen en gedragsproblemen*. Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.
- Doodkorte, P.P.J. (2007). *Anpakk'n. Niet teut'n en kwaak'n*. Netwerkstad Twente.
- Dorselaer, S. van, Zeijl, E., Van den Eeckhout, S., Ter Bogt, T. & Vollebergh, W. (2007). HBSC 2005. *Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Dulk, S. (2007). *Integrale Vroeghulp IJsseloevers*. Zwolle: MEE.
- Elderman, E., Steege, M. van der & Braak, J. van den (2007). Ouders met opvoedingsproblemen. In: Konijn, C (red). *Werkzame werkwijzen: Verkenning van effectieve interventies in de jeugdzorg*. Utrecht/ Woerden: Nederlands Jeugdinstituut/ Adviesbureau Van Montfoort.
- Fombonne, E. (2003). The prevalence of autism. *The Journal of the American Medical Association*, 289, 87-89.
- Gemeente Hengelo (2003). *Routes door Hengelose vangnetten*. Hengelo.
- Gemeente Utrecht (2006). *Het ABC-jeugdteam in Leidsche Rijn*. Gemeente Utrecht: Dienst Maatschappelijke ontwikkeling, afdeling Onderwijs.
- GGD regio IJssel-Vecht (2003). *Gezondheidsprofiel*. Regio IJssel-Vecht: GGD.
- Goedegebure, J.F., & Oosterhof, J. (2007). *Aan de gemeenteraad. Jeugdhulpteam en schoolmaatschappelijk werk*. Kampen.
- Goedhart, A., Treffers, F., & Widenfelt, B. van, (2003). Vragen naar psychische problemen bij kinderen en adolescenten: de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 58, 1018-1035.
- Graaf, M. de, Schouten, R. & Konijn, C. (2005). *De Nederlandse jeugdzorg in cijfers*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Hermanns, J., Öry, F. & Schrijvers, A.J.P. (2005). *Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroeioproblemen*. Utrecht: Inventgroep.
- Hermanns, J., Van Nijnatten, C., Verheij, F. & Reuling, M. (2005). *Handboek jeugdzorg. Deel 1: Stromingen en specifieke doelgroepen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hoksbergen, R.A.C., Walenkamp, H. (2000). *Adoptie: een levenslang dilemma*. Houten/ Diegem : Bohn Stafleu Van Loghum.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg (2002). *Op de voet gevolgd. De ketenkwaliteit van zorg voor kinderen met een ontwikkelingsstoornis (0-6 jaar)*. Inspectie voor de Gezondheidszorg: Den Haag.
- Kaplan, B.J., Wilson, B.N., Dewey, D. & Crawford, S.G. (1998). DCD may not be a discrete disorder. *Human Movement Science*, 17, 471-490.
- Kijlstra, M., Prinsen, B. en Schulpen, T. (2005). *Kwetsbaar jong. Een quick scan van de kansen op achterstand van kinderen van 0 tot 4 jaar in risicosituaties*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Kleeman, F., Gritter, B. & Bouma, J. (2005). *Hoe preventiever, hoe liever! Predictie en preventie van probleemgedrag bij 6/7-jarige kinderen in Coevorden*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, Wetenschapswinkel Geneeskunde en Volksgezondheid.

- Leemans, E., Nieuwenhuizen, C. & Vermeulen, H. (1997). *Samen werken aan Integrale Vroeghulp. Een handleiding voor de praktijk*. Utrecht: NIZW.
- Lieshout, M. van, Van Veen, D., Bosdriesz, M. & van Kessel, B. (2005). *Schoolvoorbeelden van samenwerking met externe instellingen*. Utrecht: NIZW/LCOJ.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2005). *Informatiebrochure Wet op de Jeugdzorg*. Gedownload op 29 januari 2008 op http://www.minvws.nl/images/fo-wet-jeugdzorg_tcm19-96761.pdf
- Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K.L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E., & Davido, K. (2003). What Works in Prevention. *American Psychologist*, 58, 449-456.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid (2004). *Jeugdigen met ernstige en meervoudige problemen. Advies over samenhangende zorg- en hulpverlening aan jeugdigen*. Zoetermeer: Nationale Raad voor de Volksgezondheid.
- Niemeijer, A. (2007). *Neuromotor task training: Physiotherapy for children with developmental coordination disorder*. Proefschrift RUG.
- Nieuwkoop, J.R. van (2003). *Onderzoek verankering vroeghulp*. Amstelveen: CVZ.
- Pijll, M. van der en Konijn, C. (2006). Jeugdzorg in Groot-Brittannië. *Nederlands Tijdschrift voor Jeugdzorg*, jrg. 10, nr. 1, p. 36-45.
- Post, J.A. & Zijlker, I.A.H. (2007). *Evaluatieonderzoek Integrale Vroeghulp Platform Zuid*. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.
- Prinsen, B., Roelofse, E., et al. (2006). *De kracht van verbinden. Over coördinatie van zorg op gemeentelijk niveau*. Utrecht / Arnhem / Gouda / Den Bosch: NIZW Jeugd / Spectrum / JSO / K2.
- Provincie Overijssel (2006). *Cijfers en kaarten*. Gevonden op 29 januari 2008 op www.overijssel.databank.nl
- Provincie Overijssel (2007). *Memo: gezinscoaching en ogenschijnlijk aanverwante functies*.
- Rigter, J. (2002). *Ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen*. Bussum: Uitgeverij Couthinho.
- Sijperda, O.L. (1996). *Achterstandsjongeren een GGD Taak. Theoretische uitgangspunten en beschrijving van twee projecten*.
- Sijperda, O. (red.; 2007a). *Notitie kinderen met meervoudige ontwikkelingsproblemen (MOP). Een interdisciplinaire benadering*.
- Sijperda, O. (2007b). *Voortgangsrapportage project Kinderen met Meervoudige Ontwikkelingsproblemen in de provincie Overijssel*.
- Steenhoven, P. van der. & Van Veen, D. (2006). *Monitor Leerlingenzorg en zorgadviesteams in het basisonderwijs 2005*. Utrecht: NIZW/LCOJ.
- Steege, M. van der & Geurts, E. (2007). *Databank Effectieve Interventies: beschrijving Medisch Kinder Dagcentrum (MKD) Jeugdzorg Drenthe*. Utrecht: NJi.
- Stoll, J., Bruinsma, W. & Konijn, C. (2004). *Nieuwe cliënten voor bureau jeugdzorg. Jeugdigen met meervoudige problemen waaronder een lichte verstandelijke beperking en instrumenten voor herkenning en signalering*. Utrecht: NIZW.
- Veen, D. van, Lieshout, M. van & Doorduijn, A. (2004). *Het zorgprogramma ADHD in regio Delfland: ambitieus en veelomvattend*. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Verhees, K. (2006). *'Tussen wal en schip'*. Tilburg: Loket Vroeghulp, Kind en Jeugd.
- Verhulst, F.C. (2006). *Kinder- en jeugdpsychiatrie*. Assen: Van Gorcum.
- Verhulst, F.C., Verheij, F. & Ferdinand, R.F. (2003). *Kinder- en jeugdpsychiatrie*. Psychopathologie. Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Vink, C. (2007). *Every Child Matters. Engelse inspiratie voor Nederlands jeugdbeleid*. Jeugd en Co, jrg. 1, nr. 4.
- Voorstel voor de Minister voor Jeugd en Gezin (2007). *Vroeg, voortdurend en integraal*. Utrecht.
- Waelvelde, H. van, (2004). *Developmental Coordination Disorder: onderliggende mechanismen*. Leuven: Proefschrift.
- Wal, M.F. van der, De Wit, C.A.M., Diepenmaat, A.C.M. & Hiraseng, R.A. (2004). Probleemgedrag van kinderen van 9-13 jaar in Amsterdam. *Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 82, 21-26.
- Werkgroep Interventieteam Oost (2004). *Interventieteam. Casusoverleg bij complexe meervoudige problematiek*. InAxis.
- Wever, D. (2007). *Projectplan Project Training Vroegsignalering*. Zwolle: GGD IJssel-Vecht, GGD Gelre-IJssel, GGD Regio Twente, Provincie Overijssel.
- Wolzak, A. (2006). *Adviezen en meldingen over kindermishandeling in 2005*. Utrecht: NIZW Jeugd.

Zalm, B. van der (2005). *Eindrapportage Landelijk Platform Integrale Vroeghulp*. Z.p.
Zeijl, E., Crone, M., Wiefferink, K., Keuzenkamp, S. & Reijneveld, M. (2005). *Kinderen in Nederland*.
Den Haag/ Leiden: Sociaal en Cultureel Planbureau/ TNO kwaliteit van leven.
Z-org & GGD Nederland (2006). *Zorgcoördinatie in de jeugdgezondheidszorg. Uitwerking van
Operatie Jong actiepunt vroegsignalering*. Bunnik / Utrecht.

Websites

www.bosk.nl
www.jeugdhulp.vlaanderen.be
www.jeugdinterventies.nl
www.revalidatie.nl
www.loketvroeghulpkinderenjeugd.nl
www.lcoj.nl
www.dyspraxiafoundation.org.uk
www.overijssel.databank.nl

BIJLAGEN

Bijlage 1 Kenmerken van de doelgroep

Combinaties van problematiek

Om na te gaan welke combinaties van problemen voorkomen hebben we literatuuronderzoek gedaan. De meeste informatie is te vinden over de comorbiditeit van psychiatrische problematiek. De mildere problematiek is minder goed gedefinieerd, en daardoor minder goed onderzocht.

Somatische en somatoforme problemen

Uit een onderzoek van Cadman et al. (1987; In: Hermanns, Van Nijnatten, Verheij & Reuling, 2005) onder 1900 kinderen tussen de 4 en 16 jaar uit de algemene bevolking van Canada bleek dat kinderen met een chronische ziekte (zoals astma, kanker en epilepsie) én een beperking in het lichamelijk functioneren tweemaal zoveel risico liepen op een psychiatrische stoornis, maar geen verhoogde kans hadden op psychosociale aanpassingsproblemen. Lavigne en Faier-Routman (1992; In: Hermanns, et al., 2005) concludeerden op basis van uitgebreid literatuuronderzoek dat kinderen met een chronische ziekte weldegelijk een verhoogde kans op psychosociale problemen hebben. Uit de onderlinge vergelijking van de diverse ziekten bleek dat er slechts beperkte verschillen zijn tussen de verschillende ziekten. Kinderen met neurologische aandoeningen bleken het grootste risico te lopen op psychosociale aanpassingsproblemen (Lavigne & Faier-Routman, 1992; In: Hermanns et al., 2005). Het is vooral de dagelijkse en specifiek aan de ziekte gerelateerde stress die een negatieve invloed heeft op het psychosociaal functioneren (Wallander & Varni, 1998; In: Hermanns et al., 2005). Een goed functionerend gezin is een duidelijke beschermende factor tegen problemen in het psychosociaal functioneren van een kind met een chronische ziekte (Wallander & Thompson, 1995; In: Hermanns et al., 2005). Het geringe empirische onderzoek dat is gedaan naar het functioneren van gezinnen met chronisch zieke kinderen, laat zien dat er over het algemeen geen sprake is van een verhoogd risico op disfunctioneren van een gezin (Eiser, 1990; Wallander & Varni, 1998; In: Hermanns et al., 2005).

Hoofdpijn komt vaker voor bij kinderen met recidiverende buikpijn dan in de algemene populatie (Scharff, 1997; In: Verhulst et al., 2003). Borge en Nordhagen (1995; In: Verhulst et al., 2003) stelden vast dat kinderen van vier tot tien jaar die zowel buikpijn als hoofdpijn hadden, vaker gedragsproblemen en emotionele problemen hadden dan kinderen met alleen buikpijn of hoofdpijn. Egger et al. (1999; In: Verhulst et al., 2003) vonden bij meisjes een sterk verband tussen somatische klachten en angststoornissen en depressieve stoornissen. Bij jongens werd een verband gevonden tussen een depressieve stoornis en de aanwezigheid van spier- en botpijn. Jongens met een gedragsstoornis rapporteerden vaker hoofdpijn dan jongens zonder gedragsstoornis. Jongens met een oppositieel-opstandige gedragsstoornis en jongens met ADHD rapporteerden vaker buikpijn dan jongens zonder deze stoornissen (Egger et al., 1999; In: Verhulst et al., 2003).

Delfos (2000) beschrijft een samenhang tussen gedragsmoeilijkheden in de kindertijd en veelvuldig ziek zijn gedurende het eerste jaar. Ook hieruit blijkt de verwevenheid van psychosociale en medische problematiek.

Somatoforme stoornis

Ongeveer een derde tot de helft van de jeugdigen met een somatoforme stoornis heeft een andere psychiatrische stoornis. Dat is in de meeste gevallen een angststoornis of een depressie (Verhulst, 2006).

Emotionele problemen

Angststoornis

De kans is groot dat een kind met een bepaalde angststoornis ook een andere angststoornis heeft (Verhulst, 2006). Behalve tussen angststoornissen onderling is er ook comorbiditeit tussen angststoornissen en andere stoornissen, namelijk:

- Depressie (Ferdinand et al., 2005; In: Verhulst, 2006);
- ADHD;
- Gedragsstoornissen;
- Middelenmisbruik (Verhulst, 2006).

Obsessief-compulsieve stoornis

In een steekproef van jeugdigen met een obsessieve-compulsieve stoornis die verwezen waren bleek slechts 26% geen comorbide stoornis te hebben (Swedo et al., 1989; Riddle et al., 1992; In: Verhulst, 2006). De meest voorkomende stoornissen die met de obsessieve-compulsieve stoornis samengaan, zijn:

- Ticstoornissen (bij ongeveer 30%);
- Depressie (bij ongeveer 30%);
- Angststoornissen (bij ongeveer 30%);
- Specifieke ontwikkelingsstoornissen (bij 24%);
- ADHD (bij 10%);
- Gedragsstoornissen bij 18% (Verhulst, 2006).

Stemmingsstoornis

Bij jeugdigen met een depressieve stoornis is de comorbiditeit met andere psychiatrische stoornissen zo hoog dat een 'ongecomplieerde' depressieve stoornis op deze leeftijd nauwelijks voorkomt (Verhulst et al., 2003). De twee meest voorkomende comorbide stoornissen van depressie zijn angststoornissen (bij 40-80%) en gedragsstoornissen (Verhulst, 2006).

Selectief mutisme

Selectief mutisme komt vaak voor met ontwikkelingsstoornissen, vooral met:

- Taalachterstand;
- Spraakstoornissen;
- Achterstand in de motorische ontwikkeling;
- Coördinatioestoornissen;
- Enuresis;
- Lichte algemene ontwikkelingsachterstand (Verhulst, 2006).

Gedragsproblemen

ADHD

ADHD komt vaak samen voor met andere psychiatrische stoornissen (Taylor et al., 2004; In: Verhulst, 2006). Tussen de 50 en 80% van de jeugdigen met ADHD voldoet ook aan de criteria van een andere diagnose. Het kan hierbij gaan om:

- Antisociale gedragsstoornis (bij ongeveer 50%);
- Persoonlijkheidsstoornis;
- Hechtingsstoornis;
- Ernstige verwaarlozing;
- Middelengebruik;
- Angst- en/of stemmingsstoornis;
- Ticstoornis;
- Verstandelijke handicap/ hoogbegaafdheid;
- Leer- of taal-/spraakstoornis (bij circa 40%);
- Motorische coördinatioestoornis (bij circa 35%);
- Slaapproblemen (bij circa 50%);
- Bedplassen (Verhulst, Verheij & Ferdinand, 2003).

Gedragsstoornis (oppositieel opstandige gedragsstoornis en de antisociale gedragsstoornis)

Gedragsstoornissen gaan vaak samen met andere problemen. Aangezien gedragsstoornissen en ADHD onder invloed staan van dezelfde genetische factoren, gaan deze problemen vaak samen (Thapar et al., 2001; In: Verhulst, 2006). Daarnaast komen gedragsstoornissen samen voor met:

- Depressie;
- Angststoornissen;
- Middelengebruik.

(Verhulst, 2006)

Leerproblemen

Bij een aanzienlijk deel van de kinderen in de jeugdzorg en in het speciaal onderwijs gaan emotionele en/of gedragsproblemen samen met problemen wat betreft schools gedrag en/of leren (Rutter, Tizard & Whitmore, 1970; Jongbloed & Gunning, 1991; Rock, Fessler & Church, 1997; In: Verhulst et al.,

2003). Daarnaast zijn er nagenoeg geen kinderen met ontwikkelingsstoornissen, emotionele problemen en/of gedragsproblemen opgenomen in psychiatrische dagbehandeling of dag- en nachtbehandeling die niet tevens aanzienlijke problemen vertonen wat betreft schools leren en/of schools gedrag (Rock, Fessler & Church, 1997; Woolston & Riddle, 1990; Szatmari et al., 1990; In: Verhulst et al., 2003). Er is blijkbaar een grote kans op het samengaan, vroeg of laat, van aanzienlijke problemen wat betreft ontwikkeling, emoties en/of gedrag met problemen op school of met leren.

- *Pervasieve ontwikkelingsstoornissen*

Bij ongeveer 80% van de kinderen met autisme is sprake van ernstige cognitieve beperkingen. Voor veel van deze kinderen zal het aanleren van schoolse vaardigheden als lezen en rekenen te hoog gegrepen zijn. Kinderen met autisme of aan autisme verwant stoornissen die over leervermogens beschikken ondervinden echter specifieke leerproblemen. Deze zijn grotendeels het logisch gevolg van karakteristieken van deze stoornissen (Verheij & Van Loon, 1993; In: Verhulst et al., 2003).

- *ADHD*

Kinderen met aandachtsstoornissen vertonen een problematiek die een negatieve invloed heeft op enkele leervoorwaarden, zoals taakgericht zijn, het kunnen beheersen van de motoriek, het zich kunnen concentreren. Problemen op school kunnen zowel het leren als het zich gedragen betreffen. Deze kinderen hebben dus een verhoogd risico om bij de start van het schoolse leren leerproblemen te ontwikkelen. Een aanzienlijk deel van de jeugdigen met ADHD vertoont leerproblemen. En andersom vertoont een aanzienlijk deel van de jeugdigen met leerstoornissen symptomen van ADHD (Verhulst et al., 2003).

- *Gedragsstoornissen*

Er is geen discussie over het vaak samengaan van gedragsstoornissen en leerproblemen, wel over de aard van dit verband. Gedragsstoornissen leiden waarschijnlijk via ADHD en/of een lage intelligentie tot problemen met het schools leren. Andersom is bekend dat leerstoornissen bij jeugdigen vaker samengaan met gedragsproblemen (Nieves, 1991; In: Verhulst et al., 2003).

- *Internaliserende stoornissen*

Of leerproblemen en internaliserende problemen een causaal verband kennen of vaak tegelijkertijd optreden is nog onduidelijk. De volgende hypothesen zijn gebaseerd op Osman (2000; In: Verhulst et al., 2003):

- angst en depressie verstoren het leerproces en zijn tevens van invloed op de motivatie, hetgeen leidt tot lees- en andere leerproblemen (Van Doorn, Verheij, 1991; Douglas, Sadler & Buckland, 1995; In: Verhulst et al., 2003).
- leerstoornissen en herhaalde ervaring van falen brengen angst en andere problemen met zich mee.
- er zijn gezamenlijke voorlopers, zoals cognitieve tekorten of emotioneel-sociale leervoorwaardelijke tekorten, die zowel bijdrage aan de leer- als de internaliserende stoornissen.

- *Psychotische stoornissen*

Van psychotische stoornissen met een langdurig en/of chronisch beloop, schizofrenie en bipolaire stoornis, is niet veel bekend in relatie tot schools leren van jeugdigen. Diverse auteurs vermelden dat voorafgaand aan het optreden van de schizofrenie de jeugdigen vaker zijn blijven zitten en veel vaker speciaal onderwijs bezochten dan normale jeugdigen (Nicolson & Rapoport, 2000; Gillberg, 2001; In: Verhulst et al., 2003). In de Kopenhagen High Risk Study bleken leerkrachten aan de hand van scores op een schaal van sociaal deviant gedrag in de klas goed te voorspellen wie uit de high-risk groep vijftientig jaar later schizofrenie zouden ontwikkelen (Olin et al., 1998; In: Verhulst et al., 2003).

Taal- en spraakproblemen

Deze problemen zijn vaak geassocieerd met gedragsproblemen en emotionele problemen (Redmond & Rice, 1998; In: Verhulst, 2006). Ook kunnen problemen in de spraak- en taalontwikkeling het meest op de voorgrond staande symptoom zijn van een neurologische aandoening of een gehoorstoornis (Verhulst, 2006).

Motorische problemen

Vijf tot tien procent van de basisschoolleerlingen met een normale intelligent hebben een lichte motorische ontwikkelingsstoornis, 'Developmental Coördination Disorder'(DCD) (Niemeijer, 2007).

DCD komt vaak voor in combinatie met andere ontwikkelingsstoornissen, zoals aandachtsstoornissen, hyperactiviteit of dyslexie. Met name wanneer er een combinatie van stoornissen bestaat, is de kans groot op psychosociale problemen (Waelvelde, 2004). Ongeveer 52% van de kinderen met dyslexie kampt ook met DCD (Kaplan, 1998).

Ticstoornis

Het syndroom van Gilles de la Tourette kan samen voorkomen met een aantal andere psychiatrische stoornissen (Leckman, 2003; In: Verhulst, 2006):

- Obsessieve-compulsieve stoornis (bij 20-60%);
- ADHD (bij ongeveer 50%);
- Stoornissen in de executieve functies;
- Depressie;
- Angststoornissen;
- Aanvallen van woede of zelfbeschadigend gedrag;
- Slaapproblemen (bij 20-50%).

Psychiatrische problemen

Onder de voorgaande kopjes wordt de comorbiditeit van enkele psychiatrische stoornissen weergegeven. Er zijn nog meer psychiatrische problemen waar jeugdigen mee te maken kunnen hebben.

Autisme en andere pervasieve ontwikkelingsstoornissen

Bijna 75% van de autisten heeft ook een verstandelijke handicap (Rigter, 2002). Verder geen gegevens over comorbiditeit gevonden.

Hechtingsstoornis

Hechtingsstoornissen (Verhulst, 2006) komen samen voorkomen met:

- ADHD;
- Agressief gedrag.

Posttraumatische stressstoornis

Een aantal stoornissen kan samen met een posttraumatische stressstoornis voorkomen:

- Angststoornissen;
- Depressie;
- Gedragsstoornissen;
- Middelenmisbruik (Verhulst, 2006).

Eetstoornis

Een aantal psychiatrische stoornissen komt vaak samen met anorexia nervosa, namelijk:

- Depressie (bij 50 tot 70%);
- Angststoornissen (bij bijna 60%);
- Obsessief-compulsieve stoornis (bij ruim 40%);
- Middelenmisbruik

Bij boulimiapatiënten is vaker dan bij anorexiapatiënten sprake van comorbiditeit. Behalve de stoornissen die ook samen met anorexia nervosa voorkomen, komen bij boulimia nervosa persoonlijkheidsstoornissen voor (Verhulst, 2006).

Psychotische stoornis

De gemiddelde leeftijd bij aanvang van schizofrenie is 19 jaar, dus dit is hier niet relevant. Van overige psychotische stoornissen nog geen gegevens over comorbiditeit gevonden.

Gezins- en systeemproblemen

Gezinnen met kinderen met een psychiatrische stoornis staan meer onder druk dan gezinnen met jeugdigen zonder deze problemen. Dit kan ook bij de ouders problemen veroorzaken. Daarnaast kunnen psychiatrische of pedagogische problemen van de ouders bij de kinderen stress en problemen veroorzaken of tot mishandeling en verwaarlozing leiden (Kijlstra et al., 2005). In 2005 waren er ruim 38.000 meldingen van vermoedens van mishandeling (Wolzak, 2006).

Bijlage II Andere interdisciplinaire projecten/ aanpakken

1. Loket vroeghulp, kind en jeugd Midden Brabant

Het loket vroeghulp, kind en jeugd biedt informatie, onderzoek en hulp bij ontwikkelingsproblemen bij kinderen van 0 - 7 jaar in de regio Midden-Brabant. Loket Vroeghulp biedt diagnostiek en hulpverlening vanuit één team. Het gaat in Midden Brabant om een samenwerkingsverband van de volgende instellingen: MEE regio Tilburg en MEE Brabant Noord; Stichting Amarant; Revalidatiecentrum Leijpark; Stichting Prisma; Elisabethziekenhuis Tilburg; TweeStedenziekenhuis Tilburg; Thebe jeugdgezondheidszorg; Bureau jeugdzorg Midden-Brabant; GGZ Midden-Brabant; ASVZ Zuid-West, locatie Vincentius, Udenhout, Zorgkantoor Midden-Brabant; Stichting Kompaan, jeugdhulpverlening; GGD Hart voor Brabant; De Hondsborg; Orthopedagogisch Centrum Brabant; Sint Marie (www.loketvroeghulpkinderenjeugd.nl).

Bij het loket werken twee coördinatoren waar de ouders in een intakegesprek hun zorgen, twijfels en eventuele hulpvraag kunnen neerleggen. Indien er op meerdere terreinen een ontwikkelingsachterstand wordt vermoed, wordt het kind ingebracht in één van de twee kernteams: in deze teams zitten een kinderarts, jeugdarts, psycholoog, fysiotherapeut, logopedist, orthopedagoog, schoolarts, revalidatiearts, medewerker Bureau Jeugdzorg en schoolmaatschappelijk werker. Zij kijken vanuit verschillende invalshoeken naar de ontwikkeling van het kind en bepalen samen met de ouders wat er nog aan onderzoek nodig is. Indien bekend is wat er met het kind aan de hand is, wordt weer samen met de ouders gekeken naar welke hulp bij dit kind, in dit gezin, het beste kan worden ingezet. De coördinator is voor ouders het aanspreekpunt van aanmelding tot afsluiting. (www.loketvroeghulpkinderenjeugd.nl).

Integrale Vroeghulp is bedoeld voor kinderen die gaande de ontwikkeling opvallen (niet direct bij geboorte duidelijk). Sommige problemen worden bij kinderen pas zichtbaar op de kleuterschool. Integrale Vroeghulp richt zich ook op deze groep kinderen (ook voor onderzoek). Wanneer de kinderen eenmaal op school zitten, is de samenwerking met het onderwijs erg belangrijk. Kinderen ouder dan zeven jaar hebben vaak al een dossier wanneer er problemen zijn. Een probleem bij deze groep is vaak de zorgcoördinatie. Integrale Vroeghulp biedt hulp aan deze kinderen in de vorm van trajectbegeleiding. Deze trajectbegeleiding wordt ook geboden aan multiproblemegezinnen, soms in samenwerking met Bureau Jeugdzorg. De anamnese richt zich dan ook altijd zowel op kind-/ ouder- en omgevingfactoren (www.loketvroeghulpkinderenjeugd.nl).

Ook qua problematiek richt Integrale Vroeghulp zich steeds op een bredere doelgroep. Inmiddels worden ook vaak kinderen met een licht verstandelijke handicap en met een Autisme Spectrum Stoornis aangemeld. Veel van de aangemelde kinderen (driekwart) heeft spraak/ taalproblemen. De afgelopen 5 jaar zijn bijna 1000 kinderen in het traject gekomen. Het blijkt dat hoe meer partners het team Integrale Vroeghulp heeft, hoe meer kinderen aangemeld worden. Een ander voordeel van diverse samenwerkingspartners is dat je via een partner soms een ingang hebt voor andere problematiek die speelt (bijvoorbeeld via de kinderarts). De samenwerking tussen de partners is vastgelegd in convenanten. Er bestaat geen formele doorzettingsmacht, maar iedereen wordt erg zijn/ haar verantwoordelijkheden aangesproken.

Mevrouw Willems, coördinator van Loket Vroeghulp geeft aan dat deze vorm van hulp erg toegankelijk en laagdrempelig is voor ouders; indicatie is niet nodig. Vaak komen ouders op advies van anderen. Verder is Loket Vroeghulp is ook een expertisepunt (advies en informatie) voor professionals (www.loketvroeghulpkinderenjeugd.nl).

De globale werkwijze:

- De coördinator heeft een intakegesprek met alle ouders. Voor allochtone ouders worden ZV'ers (of tolks) ingezet;
- Twee keer per maand is er een kernteam bespreking. Hier wordt onder andere de nieuwe instroom aan kinderen besproken;
- Na het kernteam wordt er een advies gegeven dit wordt ook met ouders besproken. Vervolgens worden afspraken gemaakt met onderzoekers (op locatie). Kinderen van het Loket hebben dan voorrang;
- Er vindt een terugkoppeling naar het team plaats. De diagnose wordt met de ouders besproken; er wordt een uitslaggesprek gevoerd;

- Wanneer een kind naar Jeugdzorg moet, nemen zij de indicatie over (dus niet op nieuw onderzoeken);
- Er vindt een warme overdracht plaats naar de nieuwe case-manager (eerst verantwoordelijke hulpverlener; vaak iemand van MEE);
- Tot slot worden ouders na 6 weken nagebeld;
- Het gehele traject duurt gemiddeld 6 maanden).

Waar zit de winst?

De winst van deze integrale aanpak is te vinden in de volgende elementen:

- Je bezoekt als ouders slechts één loket;
- Financiering: voor slechts één loket;
- Diagnostiek verloopt sneller;
- Betere kwaliteit (bij de juiste hulp terechtkomen).

(www.loketvroeghulpkinderenjeugd.nl).

Post en Zijlker (2007) hebben een evaluatieonderzoek uitgevoerd naar Integrale Vroeghulp Platform Zuid. Ouders hebben vragenlijsten ingevuld om te evalueren in hoeverre adviezen werden opgevolgd en om de mate van tevredenheid te bepalen. De meeste ouders blijken de adviezen voor ouderbegeleiding, opvang en onderwijs op te volgen (ouderbegeleiding in mindere mate dan de andere twee). Met name ouders waarbij een algehele ontwikkelingsachterstand werd gediagnosticeerd, volgde alle ouders het advies op. Verder gaven de meeste ouders aan tevreden te zijn. Ook op de deelaspecten was de tevredenheid hoog (tussen de 75,2% en 96%): de intake, het hebben van één aanspreekpunt, het tijdspad waarbinnen de hulp is verleend, het bijwonen van de kernteambespreking, of men voldoende informatie had ontvangen bij afsluiting, of de problemen serieus zijn genomen, of ze voldoende ondersteuning hebben ontvangen, de betrokkenheid bij het hulpverleningstraject, de telefonische bereikbaarheid en de bereikbaarheid met het vervoer dat men tot zijn beschikking had (Post & Zijlker, 2007).

Project 'Tussen wal en schip'

Bij Loket Vroeghulp, Kind en jeugd is in 2004 het project 'tussen wal en schip' van start gegaan. Dit project richt zich op kinderen van 4 tot 12 jaar met meervoudige problematiek. De werkwijze voor deze kinderen verloopt iets anders dan voor de kinderen van nul tot vier jaar. Zo komen de kinderen na de aanmelding en de intake niet terecht in het diagnostiekteam, maar in het trajectteam om het traject voor de aangemelde kinderen te bepalen. Het trajectteam bestaat uit een revalidatiearts, een zorgconsulent, een orthopedagoog, een psycholoog, een schoolmaatschappelijk werker, een schoolarts en een werknemer van bureau Jeugdzorg. De nadruk ligt in het trajectteam op het bepalen van het juiste zorgtraject voor het kind. Bij de jongere kinderen die in het diagnostiekteam terechtkomen, ligt de nadruk meer op het onderzoeken van de problemen. Vaak hebben ouder(s)/verzorger(s) al een lang traject bewandeld bij verschillende hulpverleningsinstanties, maar nog is er geen passende hulp gevonden. Op het moment van aanmelding bij het Loket Vroeghulp, Kind en Jeugd spelen er problemen op één of meerdere ontwikkelingsgebieden. De vier meest voorkomende ontwikkelingsgebieden waar problemen worden gesignaleerd zijn motorische problematiek, spraaktaalproblematiek, emotionele problematiek en gedragsproblematiek, waarvan gedragsproblematiek bij de meeste kinderen speelt (Verhees, 2006).

Effecten Integrale Vroeghulp projecten

In 2002 heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg onderzoek gedaan naar de Integrale Vroeghulp projecten. Uit een interview met ouders bleken zij zeer tevreden te zijn over de hulpverlening. De snelheid van werken als de ouders eenmaal bij de Integrale Vroeghulp zijn beland, vinden zij erg goed. Er is een goede samenwerking tussen de hulpverleners, de ouders worden serieus genomen, actief betrokken bij de hulpverlening en worden goed op de hoogte gehouden. De wensen van de cliënt staan centraal, de hulpverleners zijn betrokken en eindelijk worden de ouders niet meer van het kastje naar de muur gestuurd. De positieve beleving komt vooral door de coördinatie (één adres), het casemanagement (iemand staat je terzijde) en het handelingsplan, dat met de ouders is afgestemd en doorgesproken. Over (lange termijn) effecten op de ontwikkeling van het kind is nog niks bekend. Tot slot bleek uit het onderzoek dat voor kinderen met meervoudige beperkingen een integrale aanpak zoals van Integrale Vroeghulp ook na het vierde jaar wenselijk is (Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2002).

2. Vroeg, voortdurend en integraal

Dit landelijke project betreft ketens van vroege signalering, diagnostiek, zorg, onderwijs en ondersteuning voor kinderen met beperkingen of chronische ziekten en hun gezin. Deze landelijke projectaanpak is een initiatief van: ActiZ, BOSK, MEE, Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, Revalidatie Nederland, Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, WEC-RAAD (Speciaal Onderwijs) en Zorgverzekeraars Nederland.

Het doel van dit stimuleringsprogramma is een verbetering in de ketens van diagnostiek, ondersteuning, zorg en onderwijs. De schakels tussen de onderdelen van de keten moeten steviger zijn én duidelijker voor de gezinnen. Dit project bevat zeven bouwstenen: één ervan gaat over de samenhang in het ketennetwerk en zes ervan betreffen de onderdelen van de keten, namelijk:

- vroege signalering;
- multidisciplinaire diagnostiek;
- multidisciplinair adviesplan;
- Informatie, advies, trajectbegeleiding;
- Gezinsondersteuning;
- Onderwijs en zorg.

Zoveel mogelijk zal worden aangesloten bij de reeds bestaande netwerken Integrale Vroeghulp (Voorstel Vroeg, voortdurend en integraal, 2007).

3. Concept convenant ketenaanpak jeugdbeleid, jeugdzorg en gezinsondersteuning (vroegsignalering en zorgcoördinatie) Zuid Holland Noord.

Het doel van het convenant is:

- Op de kortst mogelijke termijn na signalering van problemen in de opgroei- en opvoedsituatie te komen tot een interdisciplinaire, samenhangende hulp aan kinderen en gezinnen.
- Een eenduidige gezamenlijke sluitende aanpak van vroegsignalering en zorgcoördinatie door de provincie, gemeenten en zorginstellingen in Zuid-Holland Noord.
- Samenwerking in de zorg rond een gezin te bewerkstelligen, waarbij de (lokale) overheid de ketenregie voert over het proces.

Onderschreven wordt dat:

- dat ieder kind recht heeft om op te groeien in een veilige opvoedingsomgeving en op bescherming en zorg die nodig is;
- dat actie moet worden ondernomen bij kinderen bij wie problemen dreigen in de ontwikkeling door de opgroei- of opvoedsituatie;
- het belang van een interdisciplinaire en samenhangende organisatie van de ondersteuning, hulp en interventie als het gaat om gezinnen, kinderen en jongeren met meervoudige problematiek.

De betrokken partijen gaan gezamenlijk zorgen voor de juiste afstemming, waar het volgende voor nodig is:

- Er voor het opvangen en combineren van signalen over risico's voor kinderen en gezinnen met meervoudige problemen een 'verzamelpunt' nodig is waar deze signalen samen komen. Het verzamelpunt maakt het mogelijk over gemeentegrenzen heen te kijken en gezinnen in beeld te houden.
- De steun en zorg zelf zo dicht mogelijk bij gezinnen en kinderen wordt georganiseerd. Indien meerdere instellingen bij een gezin betrokken zijn moet duidelijk worden afgesproken welke betrokken partij verantwoordelijk is voor de coördinatie van zorg.
- Het voor de effectiviteit van de steun- en zorgverlening noodzakelijk is dat vanuit het lokale en provinciale bestuur – met inachtneming van ieders taken en verantwoordelijkheden – de ketenregie wordt gevoerd over het proces. Hierbij wordt ook waar nodig gebruik gemaakt van bemoeizorg en doorzettingsmacht. Daarbij kunnen eventueel andere betrokken personen dan vanuit de hulpverlening worden ingeschakeld.

Betrokken partijen

De betrokken partijen zijn:

- Provincie Zuid Holland
- Diverse gemeenten in Zuid Holland

- Zorginstellingen: GGD Hollands Midden, Stichting Thuiszorg Valent RDB, Thuiszorg Florence, Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Midden Holland, Bureau Jeugdzorg Zuid-Holland Noord, GGZ Rijnstreek, GGZ Kinderen en Jeugd Rivierduinen.

4. Jeugdhulpteam 12- (Kampen)

Het aantal kinderen waarbij sprake is van ‘multiproblematiek’ groeit. Op lokaal en regionaal niveau zijn diverse instellingen actief die hulpverlening bieden aan kinderen en het gezin. Echter vaak is het voor de voor- en vroegschoolse voorzieningen (VVE) en basisscholen niet duidelijk voor welk probleem ze bij welke instelling moeten aankloppen. Zeker wanneer de problematiek complex is en er meerdere instellingen ingeschakeld dienen te worden. Het Jeugdhulpteam 12- (JHT 12-) moet er voor zorg dragen dat elke ouder van een kind tussen 0 en 13 jaar in de gemeente Kampen zo snel mogelijk passende hulp of ondersteuning krijgt, zodat deze zo snel mogelijk weer de (verantwoording voor de) eigen opvoeding ter hand kan nemen, waardoor het kind optimale ontwikkelingskansen krijgt. De doelgroep vormen kinderen, of een gezin met kinderen, tot 13 jaar met meervoudige problematiek of complexe problematiek waarbij diverse instanties zijn betrokken en afstemming gewenst is. Het JHT 12- vormt een intermediair tussen consultatiebureaus, peuterspeelzalen, kindercentra en scholen en instellingen voor jeugdhulpverlening en jeugdgezondheidszorg (Goedegebure & Oosterhof, 2007).

5. ANPAKK’N (Twente)

Bij jongeren met zware meervoudige problematiek is sprake van complexe problematiek en een onzekere, instabiele situatie. Hieraan dient door een snelle en goede analyse van de problematiek (inhoud) en vaart in de aanpak (logistiek) een einde aan gemaakt te worden. ANPAKK’N voorziet daarin. ANPAKK’N richt zich op alle jongeren met zware meervoudige problematiek; jongeren die kampen met een chronisch complex van socio-economische en psychosociale problemen op verschillende leefdomeinen, waardoor een integrale en leefdomein overstijgende aanpak nodig is. Een effectieve aanpak bevordert dat jeugdige(n) en/of hun ouder(s) op het juiste moment, de juiste ondersteuning op de juiste plaats en in de juiste samenhang ontvangen. Het onderling delen van de verantwoordelijkheid daarvoor en sturing op een concreet eindperspectief draagt hieraan bij. ANPAKK’N realiseert daartoe een werkwijze van signaleren, beoordelen en interveniëren, waarbij het principe “één cliënt, één dossier, één coördinator” leidend is. Daarbij wordt gebruik gemaakt van bestaande structuren en instanties en een duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling. Een essentiële meerwaarde van ANPAKK’N is de nadrukkelijke focus op doelrealisatie en het coördineren van de procesgang tussen de instanties en leefdomeinen (Doodkorte, 2007).

6. KANS Project Regio IJssel Vecht

Het KANS project is een integrale werkwijze voor achterstandsjongeren met meervoudige problematiek. In de jeugdhulpverlening is men vaak geneigd om “probleem gericht” jongeren te benaderen. Deze aanpak levert uiteindelijk geen of zelf averechts resultaat op: de jongeren worden vaak van het kastje naar de muur gestuurd en zien door de vele professionele loketten de context van hun eigen probleem niet meer. Het KANS project heeft een werkgroep van uitvoerders waar signalen van jongeren worden binnengebracht (eens per maand 2 uur) en waar casuïstiekbespreking plaatsvindt. Jongeren vullen een (doelgroep)analyse formulier in waarin gevraagd wordt naar informatie over verschillende leefbaarheidsgebieden. Tijdens de uitvoerders-werkgroep staan de volgende vragen centraal:

1. Wat zijn de problemen zoals de cliënt ze ziet, en wat doet hij er mee?
2. Wat ziet de werker als mogelijkheden en onmogelijkheden gezien de omstandigheden?
3. Wat is de voorlopige “diagnose”?
4. Welke doelen kunnen we per leefbaarheidsgebied stellen en welke prioriteiten willen we leggen?

Vanuit de werkersgroep wordt een plan van aanpak gemaakt, waar diverse medewerkers mee aan de slag kunnen van binnen of van buiten de werkgroep.

Naast de werkersgroep is er een beleidsgroep, die vooral gestuurd wordt vanuit gemeente en opbouwwerk. Hier komen meer collectieve signalen binnen, hier wordt gemeentelijk en intergemeentelijk beleid geïnitieerd, waarbij de lijnen erg kort zijn omdat, zowel gemeente als opbouwwerk, jongerenwerk, maatschappelijk werk en GGD daarin vertegenwoordigd zijn.

Het KANS overleg is zeer effectief gebleken in het signaleren van specifieke problemen en het op papier krijgen van bepaalde oplossingsstrategieën. Sterke punten van deze aanpak:

- Goede betrokkenheid van overheid.
- Goede betrokkenheid van instellingen.
- Samengaan van beleid en uitvoering.
- Interdisciplinariteit lijkt binnen de groep optimaal gewaarborgd.
- Integrale werkwijze wordt ook voor jongeren duidelijk (wie staat waarvoor in jeugdhulpverlening).

Zwakke punten zijn:

- Te log samenwerkingsverband, te weinig slagvaardig, te veel praatgroep.
- Niet alle vindplaatsen worden bereikt, teveel jongeren vallen nog tussen wal en schip.
- Gebrek aan tijd en mankracht bij werkers en instellingen, waardoor taken teveel op de lange baan worden geschoven.
- Vindplaatsen zelf hebben op zich een gebrekkige tenminste weinig overzichtelijke structuur. Intermediairen worden in het project tot nu toe te weinig gebruikt (Sijperda, 1996).

Kans-model algemeen

Bovenstaande is een specifiek voorbeeld van een Kans-model. Het Kans-model in algemene zin kan als raamwerk gezien worden; gemeenten kunnen zelf kijken hoe ze hier invulling aan willen geven. Het Kans-model is een samenwerking/ afstemming tussen alle instellingen die met kinderen en jongeren te maken hebben. Het hier om kinderen met meerdere, diffuse problemen. Vaak zijn er vermoedens van ziektebeelden, soms zijn de problemen onherkenbaar of diffuus. Er is een duidelijke zorg om deze kinderen maar het is nog niet duidelijk wat. Het Kans-model kijkt naar de leemtes in het hulpaanbod en kijkt hoe dit opgepakt kan worden. De coördinator van het Kans-model is zowel op beleidsniveau als op uitvoeringsniveau nauw betrokken, dit is een groot voordeel. Geprobeerd wordt de integrale aanpak tussen hulpverleners te versterken. Momenteel blijven hulpverleners in multidisciplinaire teams nog teveel bij hun setting. In Noordoost Twente wordt actief geprobeerd het medische circuit beter te integreren. Met name de medische kant is nog weinig geïntegreerd in de integrale aanpak.

7. Integrale Jeugdhulp Vlaanderen

De maatschappelijke beleidsnota Bijzondere Jeugdzorg van het Vlaams Parlement maakte in 1999 een analyse van de problematische situatie in deze sector. Daarin werden een aantal knelpunten aangeduid: o.m. een tekort aan capaciteit en een gebrek aan flexibiliteit in de regelgeving om zorg op maat te kunnen bieden. Daarnaast legde de maatschappelijke beleidsnota bloot dat de knelpunten van de jeugdhulp zich in een bredere context situeren dan enkel in de sector Bijzondere Jeugdzorg. Het totale aanbod is verkokerd, onvoldoende op elkaar afgestemd en ondoorzichtig voor de cliënt en de hulpverlener. Gelijkwaardige hulp wordt aangeboden door verschillende sectoren, met elk eigen en andere regels inzake subsidiëring en personeel. Er zijn bovendien grote regionale verschillen in het aanbod.

Vanuit deze vaststellingen opteerde het parlement voor een tweeledige aanpak: enerzijds maatregelen in de Bijzondere Jeugdzorg, anderzijds ook meer structurele en sectoroverschrijdende beleidsopties. Doelstellingen daarbij waren het snel en vroegtijdig kunnen inzetten van gepaste hulp, vraaggericht kunnen werken, een naadloos hulpverleningstraject realiseren, hulpverlening laagdrempelig maken en de hulp intersectoraal beter organiseren. Het Algemeen Welzijnswerk, de Centra voor Integrale Gezinszorg, de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, Kind en Gezin, de Centra voor Leerlingenbegeleiding, het Vlaams Fonds en de Bijzondere Jeugdzorg werden gevat door deze opdracht een meer integrale jeugdhulp te realiseren. Het parlement koos er voor deze doelstelling op een lerende manier te bereiken. Tijdens een pilotfase werden de vereiste theoretische concepten ontwikkeld in overleg met alle betrokkenen. Tegelijkertijd werden ze experimenteel in praktijk gebracht (www.jeugdhulp.vlaanderen.be).

8. ABC-Jeugdteam (Utrecht Leidsche Rijn)

In de wijk Leidsche Rijn in Utrecht functioneert al anderhalf jaar het ABC-jeugdteam. Professionals uit onderwijs, welzijn en gezondheidszorg kunnen daar kinderen van 0 tot 12 jaar aanmelden voor zorgadvies. Het jeugdteam is een driehoofdig aanspreekpunt met daarachter een zogeheten Multidisciplinair Beoordelingsteam (MBT). Het vormt een samenwerkingsverband van instellingen voor jeugdzorg en hulpverlening en de samenwerkingsverbanden Weer Samen Naar School (WSNS). Het team bestaat uit drie medewerkers, elk uit één van de drie organisatie. Het ABC-jeugdteam staat klaar voor vragen, signalen en meldingen van huisartsen, intern begeleiders van scholen, wijkverpleegkundigen en dergelijke. Driemaal per week houden zij telefonisch

spreekuur en elke woensdag overleggen ze over de aanmeldingen. De orthopedagoge van het zorgplatform van WSNS neemt de schoolgerelateerde meldingen voor haar rekening, de andere twee de sociaal- emotionele en gedragsgerelateerde zaken. Voor meer complexe problemen verzamelt het ABC-jeugdteam relevante informatie, die vervolgens wordt ingebracht in het driewekelijkse overleg van het team achter het jeugdteam, het MBT. Daar buigen een jeugdarts, de wijkpedagoog van het opvoedbureau van de GG&GD, een kinderarts en medewerkers van Bureau Jeugdzorg en Altrecht zich over de aanmeldingen en brengen ze advies uit. Dat advies gaat naar de ouders en de melder. Een aanmelder mag altijd aanschuiven om een melding toe te lichten. Intern begeleiders en schoolmaatschappelijk werkers maken daar vaak gebruik van. Bovendien is er een convenant met andere instellingen (zoals: de schoolbegeleidingsdienst en verslavingszorg) dat zij – op verzoek – aanschuiven als een situatie daar om vraagt. Zo kan zorg op maat geleverd worden (Gemeente Utrecht, 2006).

9. Interventieteam Enschede

De huidige aanpak om meervoudige problematiek van jongeren te coördineren richt zich sterk op samenwerking en ketenvorming, in de vorm van professioneel overleg in netwerken van organisaties die het meest met de problematiek te maken hebben. Rondom de casuïstiek worden werkprocessen afgestemd, zowel in curatieve als preventieve zin. Enschede kent onder andere de hulpverlening aan multiprobleemgezinnen en de coördinatie gericht op risicojongeren met gedragsproblemen en moeilijke problematiek.

Een geïntegreerd casuïstiekoverleg probeert de afstemming tussen de voorzieningen op het gebied van wonen, zorg, onderwijs, veiligheid, werken en welzijn te optimaliseren. Elk stadsdeel heeft een Interventieteam van 6 organisaties wat geleid wordt door een onafhankelijk teamleider. In het Interventieteam worden:

- meldingen ontvangen en indien sprake is van enkelvoudige problematiek doorgeleid naar reguliere instellingen;
- meervoudige problemen met naam en toenaam besproken (casuïstiek);
- afspraken gemaakt over de rol- en taakverdeling (casemanagement);
- deelnemers aangesproken op hun verantwoordelijkheid voor het totaal;
- voor elke situatie een interventieplan opgesteld en vastgelegd;
- de te bereiken resultaten benoemd;
- de resultaten gemeten en geregistreerd.

Elk lid van het team kan de rol van casemanager op zich nemen. De teamleider heeft uitsluitend een procesrol, met grote verantwoordelijkheden. Het interventieteam beperkt zich uitdrukkelijk tot complexe meervoudige problematiek. Wel heeft het team een signaleringsfunctie voor enkelvoudige problematiek. Een team komt gemiddeld 10 keer per jaar bij elkaar en voert dan besprekingen van ongeveer 3 uur.

Op dit moment richten buurtnetwerken zich op jongeren van 12 jaar en ouder, J-teams op kinderen van 4 tot 12 en het consultatiebureau en de thuiszorg op 0 tot 4 jaar. Enschede wil graag een geïntegreerd overleg per wijk, het Wijkzorgteam, waarin de problematiek in alle leeftijdsgroepen wordt gesignaleerd, maatregelen genomen, informatie uitgewisseld, doorgeleid et cetera. Bij voorkeur is dan de teamleider van het Interventieteam tevens procesleider van het Wijkzorgteam (voor een goede uitwisseling). Om de vrijblijvendheid in het overleg weg te nemen kan door de deelnemende instellingen een convenant worden gesloten, waarbij de gemeente het initiatief neemt (Werkgroep Interventieteam Oost, 2004).

Resultaten evaluatierapport:

- Betere structuur, maar er moet nog veel gebeuren;
- Verbinden professionele inzichten;
- Interventie nu richten op 'cliëntensysteem' (o tot ..?);
- Krachtiger sturing op casuïstiek (teamleider);
- Betere aansluiting met onderwijs;
- Centrale rol voor Maatschappelijk Werk;
- Betere registratie; hanteren klantvolgsysteem;
- Basisstructuur voorwaarde regie/ indicatie.

(Begeleidingscommissie, 2005)

10. Zorgprogramma ADHD Delfland

Bij ADMIT (ADHD Diagnostisch Multidisciplinair Indicatieteam) worden kinderen (vaak rond de 6-7 jaar oud) waarbij ADHD vermoed wordt, aangemeld en gescreend. Dit is een samenwerkingsverband tussen de jeugdzorg, de (jeugd)gezondheidszorg, de geestelijke gezondheidszorg en het onderwijs. Voorafgaand aan de, driewekelijkse, diagnostiekbespreking van het aangemelde en gescreende kinderen bestuderen alle leden van het team de dossiers. Naast het screeningsrapport van Bureau Jeugdzorg beschikken ze over verschillende door de ouders en de leerkracht ingevulde vragenlijsten die ontwikkeling en gedrag in kaart brengen (CBCL, TRF, sensomotorische vragenlijst en ADHD-vragenlijsten) over verslagen van observaties en oudergesprekken, en – in veel gevallen – over eerdere of recente rapporten van OnderwijsAdvies, Bureau Jeugdzorg, het speciaal onderwijs en andere onderwijs- en jeugdzorginstellingen. Tijdens de bijeenkomst beoordelen de ADMIT-leden de resultaten van de screening en aanvullende informatie en komen ze tot een diagnose en indicatiestelling. In het dossier wordt de voorlopige diagnose en indicatie, opgesteld door de coördinator Zorgprogramma ADHD en voorzitter van ADMIT, opgenomen.

Ongeveer 10 tot 15 procent van de aangemelde kinderen blijkt geen ADHD te hebben. Het ADMIT-team stelt ook voor deze kinderen een behandel- of onderzoeksplan op, soms in overleg met de reguliere Indicatie Commissie van Bureau Jeugdzorg. Voor elk kind wordt een behandelplan opgesteld; ook de zwaarte van de psychosociale behandeling wordt vastgesteld.

Op basis van ervaringen en evaluaties van de eerste vier jaar zijn de manier waarop preventieve zorg, signalering, aanmelding, screening, diagnostiek, indicatiestelling en behandeling georganiseerd zijn enkele malen verbeterd en bijgesteld door het RIAGG (tegenwoordig GGZ Delfland Circuit Jeugd). Inmiddels bestaat er een duidelijk hulpverleningstraject en zijn er een groot aantal aaneengeschakelde behandelvormen voor kinderen met ADHD en vormen van ondersteuning voor ouders en leerkrachten beschikbaar. Daarnaast worden kinderen steeds jonger aangemeld (Van Veen, Van Lieshout, Doordijjn, 2004).

11. Multidisciplinair team Dordrecht (voor alle basisscholen)

De multidisciplinaire teams staan niet op zich zelf, maar maken onderdeel uit van een ‘zorgstructuur onderwijs – jeugdhulpverlening voor 4 tot 12-jarigen’. De twee samenwerkingsverbanden onderscheiden verschillende, in zwaarte oplopende zorgniveaus die een aaneensluitend traject vormen. Bij zorgniveau 1 (adaptief onderwijs) en bij zorgniveau 2a (interne leerlingenzorg) is het MDT nog niet nodig. Op zorgniveau 2b (externe leerlingenzorg/ multidisciplinaire begeleiding) kan het MDT ingeschakeld worden om te bespreken op welke wijze de leerling, zijn ouders en de leerkrachten het beste ondersteund kunnen worden. De meeste kinderen die bij een MDT aangemeld worden, hebben te maken met ingewikkelde problemen. Het kan gaan om gedrags- en leerproblemen, ‘niet lekker in je vel zitten’, problemen thuis of een combinatie daarvan. Er vinden vaak specifieke didactische, psychologische, medische en maatschappelijke onderzoeken plaats. Blijkt hulp op dit niveau niet toereikend dan kan een leerling doorstromen naar zorgniveau 3(zorg in gemeenschappelijke voorzieningen) of zorgniveau 4 (speciale zorg in onderwijs en/ of jeugdhulpverlening).

De MDT's nemen een centrale positie in, in de lokale onderwijszorgstructuur; ze vormen immers het scharnierpunt naar het al of niet inschakelen van externe zorg. In een MDT zijn naast de school altijd de GGD, het CED (orthopedagoog of psycholoog) en schoolmaatschappelijk werk vertegenwoordigd. Externe leden nemen deel aan meerdere MDT's. De intern begeleider van de school bewaakt de uitvoering van de besluiten. Op de ene school komt het MDT iedere maand bijeen, op andere wat minder.

Een MDT kan gezien worden als een combinatie van onderwijsondersteuning en een voorpost van Bureau Jeugdzorg.

Resultaten

- Scholen zeggen niet meer zonder MDT te kunnen. De hulp aan leerlingen kan sneller worden ingezet en kinderen komen sneller op de juiste plek of in juiste richting terecht.
- Met name leerlingen uit de groepen 2 tot en met 4 met een relatief hoog ‘wegingsfactor’ worden vaak aangemeld.
- Bij 43 procent van de aangemelde leerlingen was sprake van meervoudige problematiek (het jaar ervoor 64 procent).

Multidisciplinaire Teams algemeen

Diverse gemeenten in Nederland hebben Multidisciplinaire Teams. Over het algemeen zijn hierbij scholen, zorginstellingen, bureau jeugdzorg, de GGD en dergelijke bij betrokken. De meeste MDT's richten zich op het primaire en/ of voorgezet onderwijs. Kinderen met meervoudige problemen wordt in het team besproken. In een team zit over het algemeen iemand van school, een jeugdarts, maatschappelijk werken, orthopedagoog/ psycholoog en een psychodiagnosticus. De betrokken partijen wisselen per gemeente. MDT's hebben als doel: vroegsignalering, aanbieden van jeugdzorg, bieden van snelle/ effectieve (preventieve) hulp, snel en effectief verwijzen, afstemmen van het bestaande aanbod op individueel en regionaal niveau.

Over het algemeen laten de MDT's positieve resultaten zien. Zo is er een succesvolle samenwerking van de grond gekomen en krijgen kinderen sneller de juiste hulp voor de betreffende problemen. Zowel ouders als de scholen en andere zorginstellingen kunnen terecht bij 1 loket. Ook ouders zijn over het algemeen positief: goed bereikbaar, goede aansluiting met de school en er is sprake van deskundigheid. MDT's die outreachend werken bereiken juist ook de ouders die anders niet bereikt worden. Tot slot heeft het JAT in Amsterdam gemerkt dat door de contacten met scholen dat de deskundigheid van begeleiders en groepsleerkrachten is toegenomen waardoor psychosociale problemen eerder worden gesignaleerd (www.lcoj.nl).

12. Medisch Kinder Dagcentrum (MKD)

Het MKD is een dagbehandelinginstelling die multidisciplinaire hulp biedt aan kinderen van 1,5 tot 7 jaar met complexe (ontwikkelings)problemen en hun ouders. De behandeling richt zich op inzicht verwerven in de problemen, het op gang brengen van een gestagneerde ontwikkeling van het kind, het opbouwen van zelfvertrouwen en vaardigheden zodat een kind zo optimaal mogelijk kan functioneren en op het afstemmen van de pedagogische aanpak van ouders op de mogelijkheden van het kind. Het kan gaan om stagnering in de ontwikkeling op verschillende gebieden: taal/ spraak, cognitief, sociaal-emotioneel, motoriek en/ of lichamelijk. Vaak is er bij deze kinderen een vermoeden van een psychiatrische stoornis zoals ADHD of PDD-NOS. Daarnaast zijn er vaak gedragsproblemen, een laag intelligentieniveau en/ of sociaal-emotionele problematiek als gevolg van complexe gezinsproblemen. Ook kan er sprake zijn van aangeboren afwijkingen en/ of chronische ziekten en van verstoorde zintuiglijke en/ of cerebrale functies.

Het aanbod van het MKD omvat een multimodale behandeling van het kind, hulp aan de ouders en behandelingscoördinatie, dat wil zeggen afstemming over de verschillende onderdelen van de hulp. De eerste fase bestaat uit observatie en diagnostiek. Kinderen verblijven een groot deel van de dag in de behandelgroep. Afhankelijk van de problematiek worden aanvullende therapieën ingezet om de ontwikkeling van het kind op een specifiek terrein te stimuleren. Het MKD heeft een multidisciplinair behandelteam. De behandeling wordt afgerond als de ontwikkeling van het kind binnen zijn eigen mogelijkheden op gang is gebracht en de ouders zodanig ondersteund zijn dat zij adequaat weten te reageren op het kind en dat de op gang gebrachte ontwikkeling in de natuurlijke omgeving van het kind kan worden voortgezet. In de laatste fase wordt gezocht naar een juiste overdracht, in bijna alle gevallen naar een passende vorm van onderwijs (Van der Steege, Geurts & Nikken, 2007).

Effectiviteit

Op basis van dossieronderzoek en interviews met ouders/ leerkrachten van 102 kinderen wiens behandeling twee tot vier jaar eerder werd afgesloten, wordt geconcludeerd dat de meeste kinderen nog matige tot ernstige problemen hebben dat de opvoedingsomgeving in ruim driekwart van de gezinnen nog matig tot ernstig bedreigend is (Veerman, Fenger-Hanemann, Roschar-Rosenstein & Veeneklas, 1986 in: Van der Steege, Geurts & Nikken, 2007).

Uit het literatuuronderzoek van Eldermand, Van der Steege en Van den Braak (2007) komt een aantal werkzame elementen in het hulpaanbod aan ouders met opvoedingsproblemen naar voren dat ook in de werkwijze van het MKD aanwezig is:

- Multimodaal;
- Intensief betrekken van de ouders;
- Gebruik maken van videofeedback;
- Individuele aanpak van het kind;
- Samenwerken met de school.

Tot slot draagt een zorgvuldige beëindiging van de behandeling en intensieve nazorg bij aan het vasthouden van de geboekte vooruitgang.

13. 'Vroegsignalering' Overijssel

De Provincie Overijssel, heeft de drie GGD'en in Overijssel de opdracht gegeven een provinciebrede basistraining "vroegsignalering" te ontwikkelen en te implementeren voor de doelgroep beroepsbeoefenaren van Kinderdagverblijven, Peuterspeelzalen en het Basisonderwijs (0-12 jr.). In de eerste fase van het project zal aan genoemde groepen de training aangeboden worden, daarna wordt ook aan andere beroepsbeoefenaren die met kinderen in de leeftijd van 12 – 18 jaar, werken de training aangeboden.

Visie

Door vroegtijdig problemen in de ontwikkeling van het kind te signaleren, kunnen problemen opgespoord worden om de situatie positief te beïnvloeden door het verlenen van de juiste hulp gericht op het kind en zijn of haar omgeving.

Het bieden van zorg en bescherming is niet alleen een taak van de overheid maar in het verlengde hiervan tevens een taak van alle beroepsbeoefenaren die met kinderen tussen 0 – 18 jaar werken. Om deze taak effectief uit te kunnen oefenen worden op methodische wijze kennis en vaardigheden aangereikt waardoor deze beroepsbeoefenaren toegerust zijn met kennis en vaardigheden gericht op het vroegtijdig signaleren van problemen in de ontwikkeling van het kind.

Doelstelling

Beroepsbeoefenaren beschikken over kennis en communicatieve vaardigheden waarmee zij zo vroeg mogelijk kunnen signaleren of er zorgwekkende opvoed- en opgroeisituaties kunnen ontstaan. Zij beschikken tevens over kennis van de sociale kaart waardoor zij in staat zijn ouders en kind adequaat te verwijzen naar de juiste hulpverlening.

Beroepsbeoefenaren kunnen onderscheiden wanneer eigen professionele deskundigheid toereikend is voor interventie of beter externe deskundigheid geraadpleegd kan worden.

Daarnaast hebben zij de juiste attitude in de omgang met opvoeders.

Doelgroep

De eerste doelgroep is: beroepsbeoefenaren van Kinderdagverblijven, Peuterspeelplaatsen en het Basisonderwijs. In een later stadium wordt een nader te bepalen doelgroep vastgesteld.

Ontwikkelgroepen

Een training is doelmatig te noemen indien inhoud en vorm goed afgestemd zijn op voorkennis/opleidingsniveau, de sector en de handelingsmogelijkheden van de doelgroep.

Voornoemde als uitgangspunt nemende, is een ontwikkelgroep nodig die bestaat uit professionals die bekend zijn met het ontwikkelen van trainingen maar ook bekend zijn met de behoefte van de beroepsbeoefenaren waarvoor de training bedoeld is.

De groep zal in elke fase van het project meedenken, adviseren en een voorstel doen aan de stuurgroep met betrekking tot het inhoudelijke plan van aanpak.

Vanwege korte lijnen, directe betrokkenheid, en bekende netwerken, wordt gekozen voor twee ontwikkelgroepen: een groep in de regio IJssel/Vecht en een groep in de regio Twente.

De stuurgroep heeft de centrale regievoering van het project "Vroegsignalering" en is mede verantwoordelijk voor de voortgang van het project. De projectleider heeft namens de drie GGD'en in Overijssel de leiding en de aansturing van het project.

Om zicht te krijgen op het effect van de training op kennis en kunde van vroegsignalering, is onderzoek wenselijk. Dit onderzoek zal bestaan uit een nulmeting en een effectmeting (Wever, 2007).

Bijlage III Het MOP-project

Wat is het MOP-project?

Het MOP-project houdt zich bezig met complexe meervoudige problematiek, die binnen de reguliere zorg en samenwerkingsverbanden moeilijk volledig in kaart te brengen en in te kaderen is (diagnostiek) mede omdat gangbare classificeringssystemen hierin tekort schieten.

Gemeend wordt, dat een interdisciplinaire benaderingswijze hierin meer perspectief biedt, zeker ook als het gaat om combinaties van en afstemming tussen verschillende behandelingen, die vanuit dit samenwerkingsverband worden ingezet, gecoördineerd en vervolgd. Voor enkelvoudige problemen bieden de gangbare werkwijzen in de (para)medische en de (jeugd)hulpverlening voldoende oplossingen. Voor meervoudige problematiek is meer nodig: interdisciplinaire diagnostiek en behandeling. Dat kan in de vorm van het MOP-project of het Centrum voor Kinderen met Meervoudige ontwikkelingsstoornissen, waarvan hieronder de opzet en werkwijze worden geschetst. De aanpak voor deze kinderen verloopt in vijf fasen:

1. Toeleidingsfase

Globaal kunnen de kinderen uit twee verschillende zorgsystemen worden aangeboden:

- Het medische circuit:
Vanuit de eerste of tweede lijn is verwijzing mogelijk via de huisarts of de kinderarts. Vaak zal vanwege de specifieke expertise op het gebied van ontwikkeling van kinderen en ook vanwege de meest uitgebreide ontwikkelingsinformatie de beoordeling en verwijzing plaats vinden vanuit de jeugdgezondheidszorg.
- Het jeugdzorgcircuit.
Vanwege haar specifieke plaats in de toeleiding naar zowel de jeugdhulpverlening als naar de geïndiceerde zorg zal (de “frontoffice” van) Bureau Jeugdzorg bij de diagnostiek en verwijzing van kinderen met gedragsproblemen, opvoedingsproblemen en sociaal-emotionele problematiek een steeds centralere plaats gaan innemen. Over het gebruikmaken van de informatie van de JGZ en de samenwerking zijn al goede werkafspraken gemaakt.

Er zal een beoordeling moeten plaats vinden of het kind in een relatief eenvoudige setting geholpen kan worden, ook bij eventueel zwaardere problematiek. Of dat er een behandeling plaats moet vinden in een interdisciplinaire setting. Ook kan er gekozen worden voor een voortgezette monitoring en/of behandeling in een bestaand of op te richten samenwerkings-verband (bijvoorbeeld Centrum voor Jeugd en Gezin of Zorgadviesteam). Hier kan dan alsnog bekeken worden wanneer een eventuele verwijzing moet plaatsvinden naar het MOP-centrum.

Belangrijke voorwaarden in deze fase zijn een sluitende informatie-uitwisseling en risicoanalyse (EKD, Verwijsindex, Eenheid van Taal) maar hiermee samenhangend ook gelijkgerichte protocollen en signaleringsinstrumenten (bijvoorbeeld, VOBO, SDQ en DAWBA). Belangrijk in deze fase is het benoemen van een zogenaamde “poortwachter” en de toekenning van de verantwoordelijkheid voor het sluitende casemanagement in deze fase.

2. Informatiefase

Als eenmaal voor het betreffende kind de keuze is gemaakt voor het (interdisciplinaire) MOP-centrum is verdere informatieverzameling nodig. Dat is nodig om optimaal in de fase van de beeldvorming informatie uit te kunnen wisselen binnen het interdisciplinair team. Dit team bestaat uit medewerkers van de eerste lijn, de jeugdgezondheidszorg, de jeugdzorg en de somatische zorg. Voor het aansturen van deze informatieverzameling wordt een “diagnostiekcoördinator” benoemd, die rond deze specifieke cliënt in overleg met anderen binnen en buiten het Centrum zal zorgen voor een zo optimaal mogelijke informatieverzameling. Vaak zal dit een verwijzer of aanmelder uit fase 1 kunnen zijn, maar ook een lid van het interdisciplinair team kan een dergelijke rol vervullen, vooral als dit lid goed thuis is in de specifieke problematiek van het aangemelde kind.

Er wordt een anamneselijst over het probleemgedrag ingevuld. Deze vragenlijst bevat vragen over onderwerpen als:

- Huidige klachten anamnese
 - o lichamelijke klachten
 - o behandeling/ controle/ medicatie
 - o probleemgedrag thuis en in de buurt
 - o probleemgedrag op school

- Ontwikkelingsanamnese
 - o Perinataal
 - o vroegkinderlijke ontwikkeling
 - o doorgemaakte ziekten
 - o therapieën
 - o ongunstige omstandigheden/ gebeurtenissen
- Familieanamnese
- Ondersteunende gedragslijsten (SDQ, DAWBA)
- Bevindingen
- Werkhypothese
 - o psychiatrische problematiek
 - o probleemgedrag door andere kindfactoren
 - o probleemgedrag door omgevingsfactoren
- Actie

Als alle informatie voorhanden lijkt te zijn kan begonnen worden met beeldvormingsfase.

3. Beeldvormingsfase

Belangrijk in deze derde fase is het interdisciplinair proces. Bij een disciplinair proces is de fase van de diagnostiek een groepsproces, waarin de leden op basis van gelijkwaardigheid hun inbreng hebben. Pas op het moment waarop de specifieke informatie vanuit de professie ingebracht wordt, kan en moet een groepslid aangesproken worden op zijn of haar professiespecifieke inbreng. Bij het formuleren van behandeldoelen, uitgangspunten, vormgeving van de behandeling en follow up speelt hetzelfde interdisciplinaire proces weer een belangrijke rol. Bij specifieke (deel)behandelingen staat natuurlijk de eigen professie en de verantwoordelijkheid voor die behandeling op de voorgrond.

Om dit proces van een zo volledig mogelijke en afgewogen beeldvorming zo optimaal mogelijk te laten verlopen wordt er een groepsprocescoördinator aangewezen: dit kan een al dan niet vaste persoon uit de Kerngroep van het Centrum zijn, maar even goed een functionaris van buitenaf. Belangrijke taak voor deze coördinator is het bewaken van het genoemde groepsproces. De functionaris moet goed thuis zijn in groepsprocessen en groepsdynamiek en moet inhoudelijk goed op de hoogte zijn van de interdisciplinaire werkwijze. Hij of zij zal de bestaande Kerngroep uitbreiden met informanten en professionals, die het probleemgebied van het kind, zoals dat in fase 2 is geformuleerd, zo volledig mogelijk kunnen vertegenwoordigen. Werkend volgens bovengenoemde interdisciplinaire werkwijze zal de groep een eerste, zo volledig mogelijk voorstel doen voor een (interdisciplinaire) behandeling.

4. Behandelingsfase

Zo vroeg mogelijk in de behandeling wordt een behandelingsprocesbegeleider benoemd. Dit kan één van de kerngroepleden zijn maar ook één van de deelnemende therapeuten (eerste lijn, geïndiceerde jeugdzorg, specialistische somatische zorg). Hij zal de therapieën op elkaar afstemmen, de therapeuten zo nodig bij elkaar roepen voor een tussentijdse evaluatie en bijstelling en zo nodig terugrapporteren naar de kerngroep.

5. Evaluatiefase

Er moet vanaf het eerste begin een methodische en evalueerbare structuur voor het Centrum worden neergezet. Op deze manier is de uiteindelijke evaluatie van de werkwijze goed uit te voeren. Verder spreekt als vanzelf, dat tijdens en na iedere behandeling er een grondige evaluatie plaatsvindt in een continu proces.

Het MOP-project vereist een beleidsgroep, die de gesignaleerde knelpunten in de ontwikkeling van het werkproces en het centrum kan verzamelen en op collectief niveau aanbevelingen kan doen voor oplossingen van knelpunten. De signalen, zoals die in het Centrum bij haar case-load naar boven komen kunnen op een soortgelijke manier doorgesluisd worden naar de beleidsgroep. De opzet van een dergelijk collectief signaleringssysteem en de inpassing van het Centrum in het totale Regionale en Provinciale Jeugdbeleid is een belangrijk element (Sijperda, 2007a). De methodische en programma-ontwikkeling vraagt om samenwerking met een wetenschappelijke vakgroep en een innovatie-instituut.

Bijlage IV Wet op de jeugdzorg

Coördinatie van zorg in de Wet op de jeugdzorg

In de Wet op de jeugdzorg is het volgende geregeld over:

- coördinatie van zorg
- gezinscoaching
- zorgcoördinatie
- casemanagement
- het volgen van zorg door Bureau Jeugdzorg als andere dan geïndiceerde zorg nodig is (bijvoorbeeld verslavingszorg).

Coördinatie van zorg (= gezinscoaching)

Het Bureau Jeugdzorg gaat bij de besluitvorming welke zorg nodig is, altijd na of coördinatie van zorg nodig is en zo ja, wie deze coördinatie het beste kan uitvoeren (art 6 lid 2 resp. 8 lid 2). De Wet op de jeugdzorg bedoelt met coördinatie van zorg: gezinscoaching. De gezinscoach ondersteunt gezinnen wanneer zij in verband met meervoudige problematiek met veel verschillende hulpverleners cq. instanties te maken hebben. Het Bureau Jeugdzorg voert in principe niet zelf gezinscoaching uit.

Zorgcoördinatie

Coördinatie van zorg (gezinscoaching dus) moet niet verward worden met zorgcoördinatie (art 24 lid 3). Hiervan is sprake als een cliënt te maken heeft met meerdere geïndiceerde zorgaanbieders. De wet bepaalt dan, dat de zorgaanbieders gezamenlijk één zorgaanbieder benoemen die belast is met de coördinatie van de totstandkoming van het hulpverleningsplan en de uitvoering daarvan. Deze bepaling is met name van belang voor het totstandkomen van integrale jeugdzorg.

Casemanagement

Coördinatie van zorg moet ook niet verward worden met casemanagement door Bureau Jeugdzorg. Casemanagement houdt onder meer in dat het Bureau Jeugdzorg zich tot het uiterste inspant dat de cliënt ook daadwerkelijk een beroep doet op de noodzakelijke zorg, en evaluatie van deze zorg (art 10, eerste lid, onder f, g, h, i en j).

Taken Bureau Jeugdzorg bij andere zorg

Als Bureau Jeugdzorg van oordeel is dat andere zorg dan geïndiceerde jeugdzorg nodig is gaat het Bureau Jeugdzorg ook na welke zorg zij dan noodzakelijk acht. Dit kan bijvoorbeeld verslavingszorg zijn, of schuldhulpverlening. Het bureau zal cliënten daarnaar moeten verwijzen. Is die zorg nodig om een bedreigende situatie te voorkomen dan heeft het Bureau Jeugdzorg ook de taak de cliënt bij te staan bij het verkrijgen van die zorg. In het verlengde hiervan dient het Bureau Jeugdzorg deze zorg ook te volgen. Het bureau jeugdzorg zal dus niet alleen de geïndiceerde zorg moeten volgen, maar ook andere zorg (als bijvoorbeeld verslavingszorg) die nodig is om een bedreigende situatie voor een jeugdige te voorkomen (art 10 lid 1 onderdeel j). Dit kan behelzen het informeren van de cliënt over mogelijke aanbieders van die zorg en het zo nodig leggen van contacten met een geschikte aanbieder. Het Bureau Jeugdzorg legt een verwijzing naar andere voorzieningen schriftelijk vast (artikel 8).

Eén en ander wordt toegankelijk uitgelegd in de toelichting bij desbetreffende artikelen, hieronder gekopieerd. Ook bijgevoegd zijn desbetreffende artikelen.

Toelichting (bij 3^e nota van wijziging), pagina 18 en 19

Het proces van de brede indicatietaak, het bepalen of, en zo ja welke zorg een cliënt nodig heeft, wordt afgesloten met een conclusie. Het kan zijn dat het bureau jeugdzorg vaststelt dat een cliënt is aangewezen op een van de vormen van zorg bedoeld in artikel 5, tweede lid, van het wetsvoorstel. In dat geval neemt het bureau jeugdzorg een indicatiebesluit, waarmee het voor de cliënt of cliënten een aanspraak vestigt. Ook kan het bureau menen dat dergelijke zorg niet nodig is, maar wel zorg die gegeven kan worden door lokale voorzieningen (artikel 5c⁵). Het hoeft daarbij geen jeugdzorg te betreffen, maar het kan ook om zorg gaan als hulp bij budgetteren of verslavingszorg. Als de

⁵ NB nu artikel 8

problemen opgelost kunnen worden met behulp van de aanbieders van deze vormen van zorg zal het bureau hen daarnaar moeten verwijzen. Als de zorg nodig is om een bedreigende situatie voor een jeugdige te voorkomen, achten wij een enkele verwijzing onvoldoende.

Daarom is thans voorgesteld om het bureau jeugdzorg de taak te geven om in die gevallen de cliënt bij te staan zowel bij het verkrijgen van zorg waarop aanspraak bestaat als bij het verkrijgen van andere zorg (artikel 6, eerste lid, onder j⁶). Dit kan behelzen het informeren van de cliënt over mogelijke aanbieders van die zorg en het zo nodig voor de cliënt leggen van contacten met een geschikte aanbieder. Het wetsvoorstel verplicht het bureau jeugdzorg een verwijzing naar andere voorzieningen schriftelijk vast te leggen (artikel 5c). Dit schept geen verplichtingen voor die voorzieningen, maar maakt zowel voor de cliënt als voor de voorzieningen helder welke zorg de cliënt nodig heeft. De voorzieningen hebben door de schriftelijk vastgelegde verwijzing inzicht in de problemen van de cliënt en de rol die zij bij de oplossing er van kunnen spelen. Dit zal er toe leiden dat een voorziening de noodzaak van de hulp inziet en het bieden daarvan ook niet snel zal nalaten. Dit verwijzing kan ook inhouden dat er behoefte bestaat aan coördinatie van zorg (gezinscoaching).

Overigens is de verplichting tot schriftelijke vastlegging beperkt tot zorg die noodzakelijk is om een bedreigende situatie voor een minderjarige te voorkomen. De andere voorzieningen hebben, zoals hiervoor al gesteld, geen acceptatieplicht zoals die wel geldt voor zorgaanbieders (artikel 16). Wel zal de cliënt goed gefundeerd een beroep kunnen doen op die voorzieningen. Zijn problemen en behoefte aan zorg zijn immers al in kaart gebracht.

In het verlengde hiervan achten wij het eveneens nodig dat het bureau jeugdzorg dan deze zorg volgt. Dit is thans uitdrukkelijk als taak van het bureau geformuleerd. Het bureau jeugdzorg zal niet alleen de zorg van artikel 5, tweede lid, moeten volgen, maar ook zorg waarop geen aanspraak bestaat, maar die wel nodig is. Het moet dan wel gaan om zorg die noodzakelijk is om een bedreigende situatie voor een jeugdige te voorkomen, omdat wij het niet nodig achten dat iedere verwijzing wordt gevolgd. Bij een eenvoudige verwijzing naar b.v. het consultatiebureau is het volgen door het bureau jeugdzorg van de zorg niet noodzakelijk. Het volgen van de zorg maakt het bureau jeugdzorg noch verantwoordelijk voor het verlenen van die zorg, noch voor de kwaliteit daarvan. Dat is en blijft de verantwoordelijkheid van die hulpverlener. Het bureau jeugdzorg zal wel op gezette tijden informeren hoe het gaat. Als blijkt dat de ouders of de jeugdige afhaken of als de hulpverleners aangeven dat het ondanks de verleende zorg niet goed gaat in het gezin, dan zal het bureau moeten bezien of andere zorg nodig is. Een en ander betekent dat het bureau jeugdzorg niet treedt in de verantwoordelijkheid van de voorliggende voorzieningen.

5. Gezinscoach als directe ondersteuner van gezinnen metmeervoudige problematiek

Gezinscoaching kan gezinnen met meervoudige problematiek en waarbij meerdere hulpverleningsinstanties betrokken zijn, ondersteunen. De gezinscoach heeft als taak te bevorderen dat de hulpverlening in samenhang wordt aangeboden. Gezien de behoefte aan samenhangende zorg voor cliënten, hebben wij dit als taak van het bureau jeugdzorg opgenomen dat het bureau bij zijn besluitvorming altijd overweegt of coördinatie van zorg noodzakelijk is (artikelen 5a, tweede lid, en 5c, tweede lid⁷).

De gezinscoach dient te worden onderscheiden van de «casemanager». De casemanagementtaken van het bureau jeugdzorg zijn omschreven in artikel 6, eerste lid, onder f, g, h, i en j⁸. Dit houdt onder meer in dat het bureau jeugdzorg zich tot het uiterste inspant dat de cliënten ook daadwerkelijk een beroep doen op de noodzakelijke zorg en dat deze zorg wordt geboden. De gezinscoach ondersteunt gezinnen wanneer zij in verband met meervoudige problematiek met veel verschillende hulpverleners cq. instanties te maken hebben. Gezinscoaching is in beginsel geen functie van het bureau jeugdzorg, maar een functie die kan worden uitgeoefend door een zorgaanbieder of een lokale voorziening.

Artikel 6 lid 2

2. In het besluit geeft de stichting aan of coördinatie van de zorg noodzakelijk is en zo ja, wie deze coördinatie het beste kan uitvoeren.

⁶ NB nu artikel 10 lid 1 onder j

⁷ Thans artikel 6 lid 2 en 8 lid 2

⁸ Thans artikel 10, eerste lid onder f t/m j

Artikel 8

1. Indien de stichting van oordeel is dat zorg, niet zijnde zorg als bedoeld in artikel 5, tweede lid, noodzakelijk is om een voor een jeugdige bedreigende situatie te voorkomen, legt de stichting ten behoeve van de cliënt schriftelijk vast welke zorg zij noodzakelijk acht. Zij geeft daarbij in ieder geval:
 - a. een beschrijving van de problemen of dreigende problemen van de cliënt en de mogelijke oorzaken daarvan;
 - b. de mate waarin deze een bedreigende situatie voor de jeugdige kunnen veroorzaken;
 - c. een beschrijving van de in verband daarmee benodigde zorg;
 - d. een advies wie de benodigde zorg kan verlenen.
2. Bij de vastlegging geeft de stichting aan of coördinatie van de zorg noodzakelijk is en zo ja, wie deze coördinatie het beste kan uitvoeren.

Artikel 10 lid 1 onderdeel f t/m j (casemanagement)

- f. het actief bijstaan van een cliënt en het zo nodig motiveren van een cliënt tot het tot gelding brengen van zijn aanspraak op zorg als bedoeld in artikel 5, tweede lid;
- g. het, met uitsluiting van anderen, bevorderen dat degenen bij wie een aanspraak op zorg als bedoeld in artikel 5, tweede lid, tot gelding wordt gebracht, een samenhangend hulpverleningsplan tot stand brengen dat is afgeleid van het besluit, bedoeld in artikel 6, eerste lid;
- h. het volgen van de verleende zorg als bedoeld in artikel 5, tweede lid, en het bijstaan van de cliënt bij vragen omtrent de inhoud van deze zorg, alsmede de evaluatie van deze zorg;
- i. het adviseren van de cliënt omtrent zorg die na beëindiging van de zorg, bedoeld in artikel 5, tweede lid, nodig is en het bijstaan van de cliënt bij het verkrijgen van deze zorg;
- j. het in gevallen als bedoeld in artikel 8, eerste lid, bijstaan van een cliënt bij het verkrijgen van zorg, zo nodig motiveren van een cliënt tot hetgebruik maken van zorg, en volgen van deze zorg.

Artikel 24 lid 3 (zorgcoördinatie)

Een zorgaanbieder en een aanbieder van zorg als bedoeld in artikel 5, tweede lid, onder b, c of d, plegen, in verband met het tweede lid, overleg met de stichting omtrent de inhoud van het hulpverleningsplan. Indien aan een cliënt door meer dan één zorgaanbieder of aanbieder van zorg als bedoeld in artikel 5, tweede lid, onder b, c of d, zorg wordt geboden, werken zij zodanig samen dat aan de cliënt samenhangende zorg wordt geboden en plegen zij gezamenlijk over het hulpverleningsplan overleg met de stichting. Tijdens het overleg wordt vastgesteld welke zorgaanbieder of aanbieder van zorg als bedoeld in artikel 5 tweede lid, onder b, c of d, belast is met de coördinatie van de totstandkoming van het hulpverleningsplan en de uitvoering daarvan. In het hulpverleningsplan wordt opgenomen welke aanbieder belast is met de coördinatie van de zorg.

Coördinatie van zorg volgens de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid

Voor de jeugdgezondheidszorg van 0-19 jaar is een basistakenpakket opgesteld (Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg, 7 mei 2002), waarin sprake is van zorgcoördinatie:

“Zorgcoördinatie is noodzakelijk in die gevallen waarin behalve door de jeugdgezondheidszorg ook door andere zorgsectoren tegelijkertijd of achtereenvolgend zorg wordt verleend. Gezien de frequente contacten en de laagdrempeligheid kan de jeugdgezondheidszorg in veel gevallen als zorgcoördinator optreden. Kenmerkend is in dit geval het individuele karakter van de contacten van de jeugdgezondheidszorg met de aanpalende zorgsectoren. Bij elk individueel kind kunnen deze contacten kwalitatief en kwantitatief verschillen. In veel gevallen zal bovenbedoelde zorgcoördinatie volgen op een verwijzing vanuit de jeugdgezondheidszorg. Het evalueren van een verwijzing kan ook als een vorm van zorgcoördinatie worden gezien. Onder individuele zorgcoördinatie kunnen ook activiteiten gerekend worden die tot doel hebben ouders c.q. kinderen van wie het vermoeden bestaat dat zij een bepaald verhoogd risico hebben op te sporen en weer in contact te brengen met de reguliere zorgverlening van de jeugdgezondheidszorg”.

Het basistakenpakket spreekt dus niet over casemanagement. Zorgcoördinatie in de jeugdgezondheidszorg is een coördinerende activiteit met andere instellingen op casuïstiekniveau. Deze taak lijkt een mix te zijn van coördinatie van zorg uit de Wet op de jeugdzorg en de casemanagement-achtige, volgende taken die Bureau Jeugdzorg heeft als zij schriftelijk verwijst naar een andere instelling. In de JGZ leeft de opvatting dat de zorgcoördinator de zorgverlening, zoals die

door de diverse zorgverleners wordt verleend, coördineert, maar zelf geen intensieve begeleiding geeft aan het gezin (Z-org/GGD Nederland, 2006).

Zorgcoördinatie is één van de vijf gemeentelijke taken op het gebied van opgroei- en opvoedondersteuning. De gemeente voert voor wat betreft deze vijf taken de regie over de voorzieningen binnen het lokale jeugdbeleid. Het gaat bij de opgroei- en opvoedingsondersteuning om een beperkte groep kinderen die op grond van individuele kenmerken als risico kind geselecteerd zijn of demografisch of geografisch afgebakende doelgroepkinderen.

De JGZ speelt als grote onder gemeentelijke regie werkende organisatie een belangrijke rol bij de uitvoering van de 5 gemeentelijke taken. De 5 gemeentelijke taken op het gebied van opvoed- en gezinsondersteuning zijn:

- **Informatie en advies**
Met voorlichting en advies over de normale ontwikkeling van kinderen en de benodigde opvoedingsvaardigheden heeft de jeugdgezondheidszorg haar sporen verdiend. De JGZ legt de basis voor de opvoeding en verzorging van kinderen. Voor de jeugdgezondheidszorg is het geven van informatie en advies is uitgewerkt in productgroep 4 van het Basistakenpakket JGZ. RIVM Centrum Jeugdgezondheid heeft geadviseerd deze productgroep te verplaatsen van het maatwerk naar het uniforme deel.
- **Signalering**
Monitoring en signalering is uitgewerkt in productgroep 1 van het Basistakenpakket- Jeugdgezondheidszorg.
- **Toeleiden naar hulpaanbod**
In de JGZ spreken we van een warme overdracht, zorgen dat de gezinnen zo vroeg mogelijk terecht komen bij de juiste hulpverlener.
- **Licht pedagogische hulp**
Licht pedagogische hulp noemen we in de jeugdgezondheidszorg meestal opvoedingsondersteuning. Het gaat om het aanbrengen van een basisstructuur voor het opvoeden: regelmaat, voorspelbaarheid, positieve aandacht, grenzen stellen, straffen en belonen. De activiteiten van de jeugdgezondheidszorg spelen zich altijd af binnen de grenzen van de preventieve begeleiding, jeugdgezondheidszorg is geen hulpverlening. Een in de JGZ gangbare indeling van deze eenvoudige opvoedingsondersteuning is: (1) opvoedingsvragen, (2) opvoedingsspanning, (3) opvoedingscrisis en (4) opvoedingsnood. Vanaf 1999 bestaat binnen de jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen consensus over de reikwijdte van de opvoedingsondersteuning. (Partners in opvoeden en verzorgen, Lim/Prinsen 1999). Opvoedingsvragen en opvoedingspanning behoren tot het domein van de jeugdgezondheidszorg. Opvoedingscrisis bevindt zich in het overgangsgedebied tussen preventie en behandeling, hiervoor zijn verschillende maatwerkproducten voorhanden. De problematiek van opvoedingsnood is te zwaar voor de jeugdgezondheidszorg, valt ook niet meer onder maatwerkproducten, maar behoort tot het domein van de jeugdhulpverleningsorganisaties. Intervenieren in opvoedingsnood behoort dus niet meer tot het domein van de JGZ, wel het signaleren van deze problemen, het toeleiden naar hulpaanbod en coördineren van de zorg.
- **Zorgcoördinatie**
Zorgcoördinatie vanuit de jeugdgezondheidszorg is aan de orde wanneer meerdere hulpverleners of instanties bemoeienis hebben met een gezin, of zich daarmee zouden moeten bemoeien. Soms zijn er te veel, soms te weinig hulpverleners in een gezin. Het gaat hier om kinderen die (nog) geen indicatie hebben voor jeugdzorg. De JGZ als zorgcoördinator houdt in de gaten of de diverse instellingen voldoende, dan wel te veel of te weinig hulp in zetten. De zorgcoördinator let wel op of het gezin de behandeling volgt en afmaakt en geeft daarover advies en begeleiding.

Zorgcoördinatie bestaat in de JGZ uit:

- Als houder van het Integraal Dossier Jeugdgezondheidszorg/ Elektronisch Kind Dossier (EKD) er voor zorgen dat van alle kinderen in het werkgebied informatie bekend is, zodat de risicokinderen aangemerkt kunnen worden.
- Risicokinderen definiëren, regelen dat voor kinderen met problemen hulp ingezet wordt door de juiste hulpverlener, dat geen kinderen buiten de boot vallen, doordat ze niet verwezen worden, niet aankomen of de behandeling niet afmaken.
- Bij gezinnen met (dreigende) complexe problemen nagaan of andere hulpverleners vanuit de netwerk contact hebben met het gezin.
- Met toestemming van de ouders contact zoeken met andere hulpverleners.

- Interventies van andere hulpverleners in beeld brengen en afstemmen.
- Het desbetreffende gezin informeren over de gemaakte afspraken en uitleg geven wat ze kunnen verwachten van de verschillende hulpverleners.
- Werken vanuit het uitgangspunt van versterken van empowerment, aansluiten bij en stimuleren van de krachten van de gezinsleden en de sociale omgeving.

Bijlage V Geraadpleegde personen

- Diana Wilmink, provincie Overijssel;
- Onno Sijperda, Initiatiefgroep MOP-project;
- Bert Halfwerk, Initiatiefgroep MOP-project;
- Henk van Duijn, Multi Disciplinair Overleg van de gemeente Hengelo;
- Willem van Beek, Bureau Jeugdzorg Overijssel;
- Ria Nijhof, procesmanager KANS regio Noordoost Twente;
- Saskia Dulk, Integrale Vroeghulp IJsseloevers;
- Jannie Brünink, de GGD Zwolle;
- Ton Vogels, TNO Preventie & Gezondheid;
- Carolien Konijn, afdeling Jeugdzorg & Opvoedhulp NJI;
- Anne Willems, Thebe en MEE Tilburg;
- onderzoekers van het CBS
- Prof.dr. Menno Reijneveld, Rijksuniversiteit Groningen
- Jacqueline de Vries, Actiz
- Prof.dr. Dolf van Veen, Centrum Onderwijs-Jeugdzorg NJI.