De grens voorbij

Een kwalitatief onderzoek naar de verwijzing en behandeling
van jonge kinderen met gediagnosticeerde problematiek
binnen de dagbehandelingsgroepen van De Zevenster

Kitty van den Berg

Juni 2008

De grens voorbij

Een kwalitatief onderzoek naar de verwijzing en behandeling van jonge kinderen met gediagnosticeerde problematiek binnen de dagbehandelingsgroepen van De Zevenster

In opdracht van:

Trajectum, locatie De Zevenster
Buurtlaan Oost 62
Postbus 548
3900 AM Veenendaal
Praktijkbegeleiders: Anja van de Marel &
Erna Roesink

Christelijke Hogeschool Windesheim
School of Social Work
Campus 2-6
8017 CA Zwolle
Afstudeerdocent: Jacqueline van Alphen

Voorwoord

In het kader van mijn afstuderen aan de opleiding Sociaal Pedagogisch Hulpverlening heb ik een onderzoek uitgevoerd naar de verwijzing en behandeling van jonge kinderen met psychiatrische problematiek binnen de dagbehandelingsgroepen van De Zevenster. Tijdens mijn jaarstage en werkervaring als invalkracht binnen de 'dagbehandeling jonge kind' ging bij mij de vraag spelen wanneer er sprake was van psychiatrische problematiek en welke mogelijkheden de Jeugd- GGz biedt om deze kinderen te behandelen. Naast de doelgroep binnen de dagbehandeling waar duidelijk sprake was van (neurologisch bepaalde) psychiatrische problematiek, zoals ASS, kwam ik tevens kinderen tegen met forse gedrags- en emotionele problematiek. Ik verwacht dat iedereen deze kinderen zo nu en dan tegenkomt: kinderen met een diagnose als ODD of reactieve hechtingsstoornis, maar die gezien de omstandigheden ook alle reden hebben om opstandig en dwars te zijn. Gedurende het onderzoek, en door voornamelijk het dossieronderzoek werd ik geraakt door de levensverhalen van deze kinderen. Het heeft bij mij een omslag in mijn denken veroorzaakt. Waar ik mij voorheen liet leiden door de gestelde diagnose, ben ik veel genuanceerder gaan kijken naar deze kinderen en hun (gezins)situatie. Dit onderzoek bood mij tevens de mogelijkheid om mij te verdiepen in de orthopedagogiek: de diagnostiek en verwijzing van kinderen. Vooral de diagnostiek heeft sterk mijn interesse gewekt: zoeken naar de onderliggende oorzaken van het gedrag en de daaruit voortvloeiende hulpvragen van het kind en ouders. Daarnaast heb ik mij verdiept in de sectoren Jeugdhulpverlening en de Jeugd-GGz. Sectoren die op het eerste gezicht veel gemeenschappelijk hebben, maar na verdere analyse veel verschillen in visie en werkwijze laten zien. Alhoewel de grens tussen de Jeugdhulpverlening en de Jeugd-GGz maar een klein onderdeel van het onderzoek vormde, heb ik mij gedurende het hele onderzoek op het grensgebied tussen beide sectoren bevonden. Beschrijf ik theoretische kaders vanuit de Jeugdhulpverlening of de Jeugd-GGz? En met welke achterliggende visie beschrijf ik dit rapport; vanuit de Jeugdhulpverlening nemen jonge kinderen met psychiatrische problematiek een andere rol in als vanuit de Jeugd-GGz. Vervolgens kom ik ook op mijn eigen visie: vanuit welk kader en welke achtergrond kijk ik naar deze kinderen en gezinnen? Hoe beïnvloedt dit mijn handelen en de wijze waarop ik aan het werk ga? De situaties van deze kinderen kwamen soms erg dichtbij en hebben bij mij een persoonlijk proces in gang gezet. Een proces dat zeker heeft bijgedragen aan het ontwikkelen van mijn professionele beroepshouding, maar ook van invloed was op mijn persoonlijke ontwikkeling. Naast dat dit rapport bijdraagt aan het inzicht in diagnostiek en verwijzing van jonge kinderen, draagt het wellicht ook bij aan het vormen van een visie van u als lezer.

Dit rapport heeft als titel ***De Grens voorbij***...Op verschillende manieren gaat de behandeling van kinderen met psychiatrische problematiek de grens voorbij. De situaties van kinderen zijn soms zo complex dat kind- en omgevingsfactoren zich in sterke verwevenheid kunnen ontwikkelen en er weinig zicht is op de kern van de problematiek. Dit kan de mogelijkheden en grenzen van de DSM- IV voorbij gaan. Daarnaast kan onduidelijk zijn in welke sector het kind en gezin behandeld dient te worden. De complexe problematiek gaat ook deze grens voorbij en vraagt om intensieve samenwerking tussen de Jeugdhulpverlening en de Jeugd-GGz.

Tot slot wil ik op deze plaats een aantal mensen bedanken die hebben bijgedragen aan dit rapport. Allereerst Dianne, voor haar inzet en bijdrage aan het begin van het project. Daarnaast Anja van de Marel en Erna Roesink voor de geweldige begeleiding en ondersteuning tijdens het hele onderzoek. Het heeft veel overleg, schrappen en aanvullen gekost, maar uiteindelijk ligt er een mooi rapport, waar zelfs ik met mijn perfectionistische instelling trots op mag zijn! Ook wil ik Jacqueline van Alphen bedanken, die mij het laatste deel van het onderzoek heeft begeleid en de tijd en moeite nam om vanuit school het project met mij af te sluiten. Dit onderzoek heeft niet kunnen plaatsvinden zonder de medewerking van alle medewerkers van De Zevenster en de overige instellingen. Als laatste wil ik hier Margot en Joost Paauw bedanken, voor alle ondersteuning tijdens het project en de maaltijden die altijd voor mij klaar stonden na een hele lange dag werken!

Samenvatting

Dit onderzoek heeft als doel inzicht te bieden in de (ernst) van de problematiek binnen de dagbehandelingsgroepen van De Zevenster. Getracht wordt objectieve gegevens te bieden ten aanzien van de populatie binnen de dagbehandelingsgroepen en de zwaarte van de problematiek, met als doel een bijdrage te leveren aan de behandeling of doorverwijzing van jonge kinderen met ernstige problematiek. Het onderzoek bestaat uit twee hoofdonderwerpen: enerzijds de werkwijze van Bureau Jeugdzorg omtrent verwijzing naar de 'dagbehandeling jonge kind' en naar de Jeugd-GGz en anderzijds de invloed van het aantal kinderen met psychiatrische problematiek op de in te zetten behandeling zoals die ervaren wordt door de medewerkers binnen de dagbehandelingsgroepen van De Zevenster. Hiervoor heeft een literatuuronderzoek, dossieronderzoek en een afname van vragenlijsten en interviews plaatsgevonden. Het dossieronderzoek was gericht op de veronderstelling van een toename van het aantal kinderen met diagnose of classificatie in het jaar 2007 ten opzichte van het jaar 2003. Er is een aparte vragenlijst voor zowel de pedagogisch medewerkers als de behandelcoördinatoren verspreid met als doel inzicht te krijgen in de visie en ervaringen van de medewerkers met kinderen met ernstige c.q. psychiatrische problematiek.

Op basis van het onderzoek is te concluderen dat er een toename is van het aantal kinderen met diagnose of een vermoeden van psychiatrische problematiek. Deze toename kan voor het grootste deel verklaard worden door de toenemende belangstelling voor vroegsignalering en kennis op het gebied van diagnostiek en interventies. Gezien de jonge leeftijd waarop de diagnose is gesteld, kunnen er weinig uitspraken gedaan worden over de prognose van de problematiek. Naast de gestelde diagnose, was er bij een aantal kinderen tevens sprake van gezinsproblematiek, zoals een ondertoezichtstelling (OTS), AMK- melding, psychiatrische problematiek bij één of beide ouders of een verminderde draagkracht. Vanwege de jonge leeftijd en de vaak complexe situaties is er bij een deel van de kinderen geen goed zicht op de kern van de problematiek. Zowel de pedagogisch medewerkers als de behandelcoördinatoren hebben aangegeven het onderscheid tussen kind- en omgevingsfactoren als oorzaak van de problematiek lastig te vinden. Alhoewel dit onderscheid moeilijk te maken is bij jonge kinderen, vormt dit nog steeds het uitgangspunt bij de keuze voor Jeugdhulpverlening of Jeugd-GGz. De kans op behandeling in de Jeugd-GGz is groter indien de ouders meer dan voldoende pedagogische vaardigheden hebben er voldoende netwerk is om op terug te vallen. Daarnaast wordt er in het kader van het zo- zo- zo- beleid eerst voor een plaatsing in de dagbehandeling jonge kind gekozen. Indien blijkt dat deze onvoldoende middelen in huis heeft, kan verwijzing naar de Jeugd-GGz volgen. Zowel Bureau Jeugdzorg Gelderland als Utrecht kiezen bij jonge kinderen enkel voor de Jeugd-GGz bij diagnostiek en hulpvragen die ambulant behandeld kunnen worden. Daarnaast kan geconcludeerd worden dat er weinig behandelaanbod is voor jonge kinderen buiten de Jeugdhulpverlening. Een deeltijdkliniek in de Jeugd-GGz is doorgaans voor kinderen vanaf zes jaar.

Binnen de dagbehandelingsgroepen van De Zevenster ervaren de pedagogisch medewerkers en de behandelcoördinatoren verschillende moeilijkheden in de behandeling van kinderen met psychiatrische problematiek. Het vóórkomen van psychiatrische problematiek staat duidelijk in verband met het type behandelgroep, wat vervolgens van invloed is op de zwaarte van de problematiek zoals die ervaren wordt door de medewerkers in de desbetreffende groep. Voornamelijk bij kinderen die zich niet kunnen handhaven in groepssituaties en één- op -één begeleiding nodig hebben worden er moeilijkheden ervaren. Een aantal behandelcoördinatoren zien dit dan ook als contra-indicatie. De behandelcoördinatoren ervaren voornamelijk de afwezigheid van een kinderpsychiater als belemmerend. Alhoewel zij de mogelijkheid hebben om consult aan te vragen van de kinderpsychiater van Fornhese, wordt er van deze mogelijkheid wisselend gebruik gemaakt.

Op basis van de onderzoeksgegevens wordt er een aantal aanbevelingen gedaan gericht op de behandeling van kinderen met psychiatrische problematiek binnen de dagbehandelingsgroepen en de samenwerking met de Jeugd-GGz en Bureau Jeugdzorg.

Inhoudsopgave

1 Methodische verantwoording 12
1.1 Probleemstelling en onderzoeksvragen 12
1.2 Definities, begrippen en afkortingen 13
1.3 Onderzoeksmethoden 14
1.3.1 Onderzoekspopulatie 14
1.3.2 Dataverzameling en analyse 14

2 Inhoudelijke oriëntatie op de organisatie 17
2.1 Organisatie Trajectum 17
2.2 De Zevenster 18
2.2.1 Verwijzing 18
2.2.2 Behandelmogelijkheden 19
2.2.3 Dagbehandeling jonge kind 19
2.3 Samenwerking met de GGZ 21

3 Indicatiestelling en verwijzing 23
3.1 Filters in de toegang tot hulpverlening 23
3.2 Wet op de Jeugdzorg 24
3.3 Verwijzing en indicatiestelling door Bureau Jeugdzorg 25
3.3.1 Het analysetraject 25
3.4 Verwijzing en indicatiestelling jeugdigen met psychiatrische problematiek 28
3.4.1 Het analysetraject van jeugdigen met psychiatrische problematiek 28
3.4.2 Verschillen en overeenkomsten in het analysetraject en de verwijzing 29
3.5 Verwijzing naar de Jeugd-GGz of de Jeugdhulpverlening? 30
3.6 Samenvatting 31

4 Diagnostiek 33
4.1 Theoretische kaders 33
4.1.1 Kwalitatieve en kwantitatieve criteria 34
4.2 Diagnostiek van het jonge kind 34
4.3 Het diagnostisch proces binnen de Jeugd-GGz 36
4.3.1 Verwijzing naar de kinder- en jeugdpsychiater 36
4.3.2 Het vaststellen van diagnostische gegevens 37
4.3.3 Het stellen van een ‘formele’ diagnose/ classificatie 37
4.3.4 Het stellen van een diagnose in ruimere zin 38
4.4 Classificatie volgens de DSM-IV 38
4.5 Classificatie volgens de DC 0-3 39
4.6 Risicofactoren en het transactionele model 40
4.6.1 Invloed van omgevingsfactoren 41
4.6.2 Risicofactoren voor GGZ-gebruik 41
4.7 Ernst van de problematiek 42
4.7.1 Relatie ernst van de problematiek en benodigde zorg 44
4.7.2 Toename problematiek? 44
4.8 Samenvatting 46

5 Onderzoeksresultaten 48
5.1 Dossieronderzoek 49
5.1.1 Analyse dossiers 49
5.1.2 Conclusies dossieranalyse 2003 en 2007 56
5.2 Analyse vragenlijsten 57
5.2.1 Resultaten vragenlijsten 57
5.2.2 Conclusies vragenlijsten pedagogisch medewerkers en behandelcoördinatoren 63

5.3 Analyses interviews 64
5.3.1 Interview Bureau Jeugdzorg Utrecht 64
5.3.2 Interview Bureau Jeugdzorg Gelderland 65
5.3.3 Interview Karakter Arnhem 65
5.3.4 Conclusie interviews 66

6 Conclusies en aanbevelingen 68
6.1 Conclusies 68
6.2 Antwoord op de onderzoeksvragen 72
6.3 Aanbevelingen 72
6.4 Suggesties voor verder onderzoek 75

Literatuur 77

Bijlagen 79
Bijlage 1 Kinderpsychiatrische problematiek 80
Bijlage 2 Ouder- kinderrelatiestoornissen DC: 0-3 100
Bijlage 3 Balansmodel van Bakker 102
Bijlage 4 Vragenlijst pedagogisch medewerkers 103
Bijlage 5 Vragenlijst behandelcoördinatoren 109
Bijlage 6 Interview Bureau Jeugdzorg Utrecht 116
Bijlage 7 Interview Bureau Jeugdzorg Gelderland 120
Bijlage 8 Interview Lindenhout Apeldoorn 124
Bijlage 9 Interview Karakter Arnhem 131
Bijlage 10 Interview Trias Jeugdhulp 139

Inleiding

Binnen de dagbehandelingsgroepen van De Zevenster worden er jonge kinderen met diverse problematiek geplaatst. Een deel van de populatie binnen de dagbehandelingsgroepen betreft een groep kinderen met psychiatrische problematiek. De gestelde diagnose is vaak niet concreet genoeg en vormt dan ook niet het uitgangspunt van de behandeling. Onder een diagnose als ADHD of ODD kunnen beschermende en belemmerende factoren schuilen die de problematiek veroorzaken of in stand houden. Belangrijk is dan ook om per kind en gezin op zoek te gaan naar deze factoren en je te verdiepen in het verhaal van het kind en het gezin. Getracht wordt in de loop van de behandeling zicht te krijgen op deze kind- en omgevingsfactoren, het kind en het gezin te ondersteunen en door te verwijzen naar (speciaal) onderwijs of een andere instelling. In de praktijk blijkt dit niet altijd eenvoudig te zijn en lopen behandelcoördinatoren en pedagogisch medewerkers tegen verschillende problemen aan. Een van de problemen is dat het voor de behandelcoördinatoren niet geheel duidelijk is op welke wijze Bureau Jeugdzorg komt tot een indicatie voor de ‘dagbehandeling jonge kind’ en voor de Jeugd-GGz. Daarnaast biedt dit onderzoek inzicht in een deel van de populatie van de dagbehandelingsgroepen, namelijk het aantal kinderen met psychiatrische problematiek en de invloed hiervan op de in te zetten behandeling zoals die ervaren wordt door de medewerkers betrokken bij de dagbehandelingsgroepen.

Tijdens het onderzoek ben ik als volgt te werk gegaan. Na het opstellen van de probleemstelling, onderzoeksvragen en doelstelling heb ik mij verdiept in de theorie rondom psychiatrische problematiek en diagnostiek bij jonge kinderen. Vervolgens heb ik mij verdiept in eerdere onderzoeken met als onderwerp ernstige problematiek, diagnostiek, verwijzing en een mogelijke toename van de (ernst van de) problematiek. Vanuit deze theoretische basis heb ik interviews afgenomen met Bureau Jeugdzorg Utrecht en Gelderland, Lindenhout Arnhem (dagbehandeling jonge kind), Trias Jeugdhulp (dagbehandeling jonge kind) en Karakter Arnhem (Jeugd-GGz). Vervolgens zijn de vragenlijsten opgesteld, verspreid en evenals de resultaten uit het dossieronderzoek, geanalyseerd. Ten slotte zijn alle resultaten verwerkt, de conclusies beschreven en van daaruit een aantal aanbevelingen gedaan.

Het rapport is als volgt opgesteld:
Hoofdstuk 1 omvat een beschrijving van de opzet van het onderzoek. De probleemstelling, onderzoeksvragen, subvragen en doelstelling van het onderzoek worden weergegeven.
Hoofdstuk 2 biedt een korte omschrijving van de organisatie, evenals de doelgroep en behandelmogelijkheden van De Zevenster.
In *hoofdstuk 3* wordt de indicatiestelling en verwijzing vanuit Bureau Jeugdzorg beschreven. Daarnaast wordt specifiek ingegaan op de verwijzing van kinderen met psychiatrische problematiek.
Hoofdstuk 4 bevat een beschrijving van de diagnostiek van jonge kinderen. Aan de hand van de DSM-IV en de DC: 0-3 wordt het diagnostisch proces kort toegelicht.
In *hoofdstuk 5* worden de resultaten van het dossieronderzoek, de vragenlijsten en de interviews weergegeven.
Hoofdstuk 6 is het laatste hoofdstuk van het rapport en geeft de resultaten weer uit het literatuuronderzoek en het praktijkonderzoek. Daarnaast worden er aanbevelingen gedaan, evenals suggesties voor verder onderzoek.
De bijlagen bevatten aanvullende informatie, een format van de vragenlijsten en de uitgewerkte interviews.

1 Methodische verantwoording

Dit hoofdstuk geeft de opzet van het onderzoek weer en de wijze waarop het uitgevoerd is. Achtereenvolgens zal stilgestaan worden bij de probleemstelling, onderzoeksvragen, definities en begrippen en de onderzoeksmethoden.

1.1 Probleemstelling en onderzoeksvragen

Probleemstelling
De Zevenster maakt onderdeel uit van Stichting Trajectum Novum, een multifunctionele organisatie voor Jeugdzorg in de provincie Utrecht en het West- Veluwegebied. Deze organisatie biedt diverse hulpvormen voor kinderen in de leeftijd van 0 t/m 16 jaar en hun ouders/opvoeders. Eén van de hulpvormen van De Zevenster is het bieden van flexibele dagbehandeling aan kinderen in de leeftijd van anderhalf t/m zeven jaar. De Zevenster heeft zes dagbehandelingsgroepen met elk een ander klimaat. Plaatsing binnen een specifieke klimaatgroep is afhankelijk van de hulpvraag, problematiek en leeftijd van het kind. Binnen de dagbehandelingsgroepen worden er kinderen geplaatst met uiteenlopende problematiek. Deze kinderen worden vanuit Bureau Jeugdzorg Gelderland en Utrecht doorverwezen. In het voortraject wordt door verschillende zorgverleners vaker aan ouders het advies gegeven om voor plaatsing alvast kinderpsychiatrisch onderzoek te doen in een instelling voor Jeugd-GGz. Het is voor De Zevenster niet altijd duidelijk welke keuzes er bij de indicatiestelling worden gemaakt wat betreft verwijzing naar een ‘dagbehandeling jonge kind’ en verwijzing naar de Jeugd-GGz. Daarnaast zorgt de ontwikkeling van het vroegtijdig signaleren en diagnosticeren van problematiek ervoor dat er een groeiend aantal kinderen met ernstige gedrags- en emotionele problemen voor plaatsing al een DSM- classificatie heeft, die in de meeste gevallen gericht is op de kindfactoren. Het is onduidelijk welke invloed deze informatie heeft op de in te zetten behandeling.

Doelstelling
Het doel van dit onderzoek is inzicht bieden in de (ernst van de) problematiek binnen de dagbehandelingsgroepen van De Zevenster. Getracht wordt objectieve gegevens te bieden ten aanzien van de populatie binnen de dagbehandelingsgroepen en de zwaarte van de problematiek, met als doel een bijdrage te leveren aan de behandeling of doorverwijzing van kinderen met ernstige of psychiatrische problematiek. De veronderstelling dat er een toename is van het aantal kinderen met vooraf gediagnosticeerde problematiek zal getoetst worden. Dit onderzoek biedt tevens inzicht in de werkwijze van Bureau Jeugdzorg omtrent indicatiestelling en doorverwijzing van jonge kinderen met ernstige problematiek naar De Zevenster of naar de Jeugd-GGz.
De probleemstelling en onderzoeksvragen zijn aan de hand van gesprekken met de opdrachtgevers tot stand gekomen.

Onderzoeksvragen
Het onderzoek bestaat uit twee onderzoeksvragen die onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Dit rapport gaat uit van de hypothese dat de werkwijze van Bureau Jeugdzorg omtrent indicatiestelling en doorverwijzing van invloed is op de populatie van de dagbehandelingsgroepen van De Zevenster.
De volgende twee onderzoeksvragen staan centraal in dit onderzoek:

1. Welke keuzes maakt Bureau Jeugdzorg in het doorverwijzen van jonge kinderen in de leeftijd van twee tot zeven jaar met ernstige problematiek naar De Zevenster of naar de Jeugd-GGz?

2. Welke invloed heeft het aantal kinderen met psychiatrische problematiek dat doorverwezen wordt naar De Zevenster, op de populatie en de in te zetten behandeling zoals die ervaren wordt door de medewerkers binnen de dagbehandelingsgroepen?

Subvragen:

1. Wat is veelvoorkomende psychiatrische problematiek bij jonge kinderen?
2. Hoe groot is de toename van het aantal kinderen met een DSM- classificatie of een vermoeden van psychiatrische problematiek, uitgaande van het jaar 2007 in vergelijking met het jaar 2003?
3. Welke richtlijnen hanteren Bureau Jeugdzorg Utrecht en Gelderland bij het geven van een indicatiestelling en het beoordelen van de (ernst van de) problematiek?
4. Wat zijn indicaties en contra-indicaties voor plaatsing van een kind binnen een dagbehandelingsgroep van De Zevenster en plaatsing binnen een behandelvorm van Karakter?
5. Bij welke problematiek wordt er een grensgebied ervaren tussen een dagbehandeling jonge kind in de Jeugdhulpverlening enerzijds en een behandeling in de Jeugd-GGz anderzijds?
6. Hoe wordt de behandeling van kinderen met (een vermoeden van) psychiatrische problematiek ervaren door de medewerkers van De Zevenster binnen de dagbehandelingsgroepen?

N.B. Subvraag 4 richt zich specifiek op Karakter, een organisatie voor Jeugd-GGz met locaties verspreid over Gelderland en Overijssel. In verband met de grootte van het onderzoek is het onmogelijk om de gehele Jeugd-GGz te betrekken in dit onderzoek. De keuze voor Karakter is gebaseerd op de ligging van de organisatie, de verscheidenheid aan behandelvormen en de samenwerkingsverbanden die Karakter heeft met diverse instellingen voor Jeugdhulpverlening.

1.2 Definities, begrippen en afkortingen

In dit rapport worden meerdere begrippen en afkortingen gebruikt. Voor de duidelijkheid en volledigheid van dit rapport volgt hieronder een operationalisering van de begrippen en afkortingen die terug te vinden zijn in de probleemstelling, onderzoeksvragen of de onderzoeksresultaten.

BJZ: Bureau Jeugdzorg. Deze instelling is sinds de Wet op de Jeugdzorg de toegangspoort tot de gehele jeugdzorg in Nederland. Zij zijn verantwoordelijk voor de indicatiestelling van de provinciaal gefinancierde jeugdzorg, de Jeugd-GGz, de Justitiële Jeugdinrichtingen en de hulpverlening aan jeugdigen met een licht verstandelijke handicap (Jeugd-LVG).

DC:0-3: Het Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood is een diagnostisch classificatiesysteem voor de classificatie van ontwikkelings- en psychiatrische stoornissen bij kinderen onder de drie jaar.

DSM-IV: Het Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders (vierde editie) is een internationaal diagnostisch classificatiesysteem voor de classificatie van psychiatrische stoornissen.

Ernst van de problematiek/ ernstige problematiek: problematiek dat persistent van aard is, tot uiting komt in twee van de drie leefgebieden (gezin, school en vrije tijdsbesteding), het kind duidelijk belemmert in zijn ontwikkeling en gepaard gaat met lijden voor het kind zelf en zijn omgeving. In dit rapport wordt zowel gesproken van ernstige problematiek als van psychiatrische problematiek. Het begrip ernstige problematiek wordt gebruikt wanneer de problematiek voldoet aan eerdergenoemde definitie maar (nog) niet gediagnosticeerd is als psychiatrische problematiek.

Gediagnosticeerde problematiek: Hierbij gaat het om psychiatrische problematiek dat gediagnosticeerd of geclassificeerd met behulp van de DSM-IV of de DC:0-3.

Jeugd-GGz: Organisaties voor geestelijke gezondheidszorg voor kinderen of jeugdigen. De Jeugd-GGz bestaat uit de voormalige RIAGG- jeugdafdelingen en kinder- en jeugdpsychiatrische (poli)klinieken.

Populatie: Het totaal aantal cliënten dat behandeld wordt binnen de dagbehandelingsgroepen van de Zevenster, onderverdeeld in kenmerken als leeftijd, geslacht, gezinssamenstelling etc.

Psychiatrische problematiek: ernstige problematiek dat voldoet aan de criteria van één of meer psychiatrische stoornissen zoals beschreven in de DSM-IV of de DC:0-3.

Zwaarte van de problematiek: Dit begrip verwijst zowel naar de ernst van de problematiek van een individueel kind, als naar de totale zwaarte van de problematiek binnen een dagbehandelingsgroep of een instelling. De zwaarte van de problematiek is een subjectief begrip en kan door elk van de respondenten anders ervaren worden. Het begrip zwaarte van de problematiek staat niet direct gelijk aan de ernst van de problematiek, omdat meerdere factoren van invloed zijn op de zwaarte van de problematiek. Een voorbeeld hiervan is dat externaliserende problematiek veelal als zwaarder wordt ervaren dan internaliserende problematiek, terwijl beide vormen van problematiek in feite even ernstig van aard kunnen zijn.

1.3 Onderzoeksmethoden

Dit onderzoek is te omschrijven als een surveyonderzoek, omdat er door middel van systematische ondervraging gegevens wordt verzameld bij een groot aantal onderzoekseenheden. Hieronder worden de gebruikte onderzoeksmethoden toegelicht en verantwoord. Achtereenvolgens zal stilgestaan worden bij de onderzoekspopulatie, het literatuuronderzoek, het dossieronderzoek, de vragenlijsten en de interviews. De paragraaf wordt afgesloten met een verantwoording van de ethische aanvaardbaarheid van het onderzoek.

1.3.1 Onderzoekspopulatie

De populatie van dit onderzoek bestaat enerzijds uit de pedagogisch medewerkers en behandelcoördinatoren die betrokken zijn bij de dagbehandelingsgroepen en anderzijds uit de dossiers van de kinderen die gestart zijn met de dagbehandeling op De Zevenster in 2003 en 2007. De gehele populatie bestaande uit negentien pedagogisch medewerkers en zes behandelcoördinatoren (waaronder één junior- behandelcoördinator), zijn vragenlijsten voorgelegd. De Linde (een onderwijs-behandelgroep van De Zevenster) wordt, naast dat de behandelcoördinator aan het onderzoek deelneemt, verder niet betrokken bij het onderzoek. Bij het verwerken van de vragenlijsten wordt er rekening gehouden met een non- responsgroep van drie pedagogisch medewerkers en één behandelcoördinator. De populatie van het dossieronderzoek bestaat uit alle kinderen die gestart zijn met de behandeling in 2003 en 2007, respectievelijk 30 en 34 kinderen.

Pedagogisch medewerkers		**Behandelcoördinatoren**		**Dossiers**	
Behandelgroepen	Medewerkers	Behandelgroepen	Medewerkers	2003	2007
Anemoon	3	Anemoon/ Fuut	2		
Fluitekruid	3			Totaal: 30	Totaal: 34
Fuut	4	Fluitekruid/ Korenbloem	1		
Korenbloem	3				
Vogelnest	3	Vogelnest/ Tureluur	2		
Tureluur	3				
		Linde	1		
Totaal	19	Totaal	6		

1.3.2 Dataverzameling en analyse

Het onderzoek bestaat uit zowel een literatuuronderzoek als een praktijkonderzoek (dossieronderzoek, vragenlijsten en interviews). Er wordt gebruik gemaakt van zowel elektronische (Care-4), als mondelinge en schriftelijke gegevens.

Literatuuronderzoek
Voor de theoretische basis van het onderzoek wordt gebruik gemaakt van relevante literatuur in de vorm van studiemateriaal, boeken, onderzoeksrapporten, protocollen etc. In verband met de vele veranderingen en (wets)wijzigingen in de Jeugdzorg en de vernieuwingen op het gebied van diagnostiek wordt het onderzoek voornamelijk beperkt tot literatuur vanaf het jaar 1997.

Dossiers
De Zevenster ervaart een groeiend aantal kinderen met reeds gediagnosticeerde problematiek. Deze veronderstelling wordt getoetst door middel van een dossieronderzoek. Dit dossieronderzoek geeft tevens antwoord op een deel van onderzoeksvraag 2: de invloed van het aantal kinderen met een DSM- classificatie op de populatie binnen de dagbehandelingsgroepen van De Zevenster. Voor een goede vertegenwoordiging is er besloten alle dossiers te analyseren van de kinderen die gestart zijn met de behandeling in het jaar 2003 of 2007. Het dossieronderzoek bestaat uit de volgende kenmerken:

- Geslacht van het kind;
- Leeftijd bij opname;
- Plaatsing in type behandelgroep;
- Duur van de behandeling;
- Aanwezigheid van classificatie of diagnose;
- Type classificatie of diagnose;
- Type organisatie dat verantwoordelijk voor het stellen van de classificatie/diagnose;
- Moment van het stellen van de classificatie/diagnose;
- Aanwezigheid onderzoeksverslag;
- Consult kinderpsychiater geraadpleegd;
- Gezinssamenstelling.

De kenmerken uit het dossieronderzoek zijn op een systematische wijze geordend en onderverdeeld in een aantal variabelen. De variabelen zijn vervolgens gekoppeld aan een code. Voorbeeld:
Kenmerk= geslacht van het kind. Variabele 1= jongen en variabele 2= meisje. Op het moment van dataverzameling zijn alle kenmerken en variabelen bijgehouden in een tabel. De gegevens uit de tabel zijn tot slot verwerkt met het dataverwerkingsprogramma ‘Superior Package for Statistical Services for Windows 15.0, 2006’ (verder genoemd als SPSS).

Vragenlijsten
Door middel van vragenlijsten is de visie en ervaring van de medewerkers, die werken met kinderen met ernstige c.q. psychiatrische problematiek, in beeld gebracht. Deze gegevens geven daarnaast inzicht in de zwaarte van de problematiek, de moeilijkheden en belemmeringen die medewerkers tegenkomen en de eventuele behoefte aan extra informatie of ondersteuning in de behandeling. In verband met een verschil in functie en taken is er een aparte vragenlijst voor de pedagogisch medewerkers en de behandelcoördinatoren opgesteld. De vragenlijst van de pedagogisch medewerkers bestaat uit de volgende deelgebieden: algemeen, ervaring binnen de Jeugd-GGz, ervaring binnen De Zevenster en conclusies/aanbevelingen. Een aantal deelgebieden en vragen van de pedagogisch medewerkers komen overeen met die van de behandelcoördinatoren. De vragenlijst van de behandelcoördinatoren bestaat uit de deelgebieden: algemeen, ervaring binnen de Jeugd-GGz, ervaring binnen De Zevenster, intake, aansturing pedagogisch medewerkers, consult kinderpsychiater en conclusies/aanbevelingen. De vragenlijsten zijn begeleid door een brief met een korte uitleg over de achtergrond van het onderzoek. Er is gebruik gemaakt van zowel gesloten vragen met geprecodeerde antwoorden, als van open vragen waarbij er geen antwoordmogelijkheden gegeven zijn. Voor de volledigheid van de vragenlijst zijn er bij veel gesloten vragen een extra categorie toegevoegd; de categorie ‘anders, namelijk…’.

Interviews
In dit onderzoek zijn er verschillende interviews afgenomen. Voor het beantwoorden van onderzoeksvraag 1 heeft er een interview plaatsgevonden met de gedragswetenschapper van Bureau Jeugdzorg Gelderland en de gedragswetenschapper van Bureau Jeugdzorg Utrecht. Om zicht te krijgen op de indicaties, contra-indicaties, doelgroep en behandelmethoden van Karakter is er een interview gehouden met een teamleider van Karakter Arnhem. Tevens is er een bezoek gebracht aan de deeltijdkliniek van Karakter. Daarnaast zijn er interviews afgenomen bij twee andere instellingen voor dagbehandeling jonge kind, respectievelijk ‘Lindenhout, Apeldoorn’ en ‘Trias Jeugdhulp, Zwolle’. De resultaten van deze interviews zijn niet uitgebreid meegenomen in dit rapport, maar hebben bijgedragen aan de verdieping en oriëntatie op dit project. Alle respondenten hebben vooraf per mail de interviewvragen gekregen, zodat zij de mogelijkheid hadden zich voor te bereiden op het interview. De interviews zijn met toestemming opgenomen op een voice- recorder.

Ethische aanvaardbaarheid van het onderzoek
Bij dit onderzoek zijn drie partijen betrokken: de opdrachtgevers, de onderzoeker en de verschillende respondenten. De respondenten bestaan uit medewerkers van Bureau Jeugdzorg, medewerkers van Karakter en de pedagogisch medewerkers en behandelcoördinatoren van De Zevenster. Om de ethische aanvaardbaarheid van het onderzoek te waarborgen zijn er een aantal afspraken met de opdrachtgevers gemaakt. De respondenten vrijwillig mee aan het onderzoek en de resultaten worden anoniem verwerkt. De respondenten die meewerken aan een interview krijgen de mogelijkheid hun informatie en uitspraken aan te passen alvorens deze in het rapport verwerkt worden. Met betrekking tot het dossieronderzoek is er geen specifieke toestemming gevraagd aan desbetreffende ouders/opvoeders van de kinderen. Allen hebben echter gedurende de plaatsing schriftelijke toestemming gegeven voor het inzien van de dossiers door hulpverleners betrokken bij de behandeling. In een intern overleg van De Zevenster is tevens de onderzoeker toestemming gegeven voor het analyseren van de dossiers. Daarnaast is er een privacyverklaring ondertekend, waarin kenbaar is gemaakt dat er op een zorgvuldige wijze omgegaan zal worden met de gegevens. Ik behoud mij echter de mogelijkheid om tevens knelpunten en belemmeringen te rapporteren, die mogelijk een nadelig effect hebben voor anderen, mits deze voldoende onderbouwd en afgeleid zijn uit objectieve onderzoeksgegevens. Ten slotte is er afgesproken dat de onderzoeksresultaten niet ter beschikking worden gesteld aan derden zonder toestemming van de opdrachtgevers.

2 Inhoudelijke oriëntatie op de organisatie

Dit hoofdstuk geeft een beschrijving weer van de instelling en de organisatie van waaruit de probleemstelling is opgesteld. Allereerst wordt er stilgestaan bij de visie en doelstelling van de organisatie. Hierna volgt een omschrijving van De Zevenster, de indicaties en contra-indicaties voor plaatsing en de behandelmogelijkheden. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een beschrijving van de plaats van De Zevenster binnen het bredere zorgveld en de samenwerking met de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ).

2.1 Organisatie Trajectum

De Zevenster maakt onderdeel uit van Stichting Trajectum Novum, een multifunctionele organisatie voor Jeugdzorg in de provincie Utrecht en het West- Veluwegebied. Deze organisatie biedt verschillende vormen van hulpverlening aan kinderen van nul tot zestien jaar en hun ouders/opvoeders. Onder Trajectum vallen de volgende instellingen: Kinabu, Bethanië, de Molenhorst en De Zevenster. De locaties Bethanië, de Molenhorst en De Zevenster bieden ‘dagbehandeling jonge kind en gezin’ en intensief ambulante kind- en gezinsbehandeling. Locatie Kinabu biedt residentiële behandeling voor kinderen die op meerdere gebieden zijn vastgelopen in de ontwikkeling.

Uitgangspunten bij Trajectum
De hulpverlening en behandeling die Trajectum biedt is gebaseerd op de volgende kenmerken:

1. De hulpverlening en behandeling van Trajectum is gericht en afgestemd op de hulpvraag van ouders en kind. Met betrekking tot de doelstellingen in het hulpverleningsplan en de duur van de behandeling wordt getracht overeenstemming te bereiken met de desbetreffende ouders en het kind. Tevens vindt afstemming plaats met Bureau Jeugdzorg, welke verantwoordelijk is voor de indicatiestelling en verwijzing.
2. De hulpverlening binnen Trajectum wordt gekenmerkt door het ‘in- in- in- principe’, wat inhoudt dat de hulpverlening zo veel mogelijk gegeven dient te worden in het gezin, in de school en in de sociale context van het gezin.
3. De hulpverlening en behandeling is gericht op het kind en het gezin en heeft een integraal karakter. Het begrip ‘integraal’ houdt in dat er aandacht is voor alle aspecten van een probleemsituatie:
    - Lichaam: gezondheid, groei, ontwikkeling en handicaps.
    - Cognitie: leren, denken, taal en spraak.
    - Emotie: ordenen en verwerken van gebeurtenissen.
    - Persoonlijkheid: identiteit en zelfwaardering.
    - Gedrag: sociale vaardigheden, spelen, verzorgen, controle en structuur.
    - Gezin: opvoedingsvaardigheden, relaties, klimaat en structuur.
    - Sociaal netwerk: familie, vrienden en buurt.
    - Omgeving: wonen, werken, school, inkomen en vrijetijdsbesteding.
4. De hulpverlening heeft een multidisciplinair karakter. Bij de diagnostiek, hulpverlening en behandeling zijn gedragswetenschappers (psychologen, orthopedagogen, speltherapeuten), gezinsbegeleiders (maatschappelijk werkers, home-trainers, gezinstherapeuten), pedagogisch medewerkers, medici en paramedici (kinderarts, kinderverpleegkundige, fysiotherapeut, logopedist en op consultbasis een kinderpsychiater) betrokken of beschikbaar.

Zorgvisie
Trajectum biedt hulp en ondersteuning bij aan kinderen en ouders bij vragen en problemen rond opgroeien en opvoeden. De zorgvisie is gebaseerd op de volgende pijlers:

1. Medewerkers van Trajectum verdiepen zich in de achtergrond van gezinnen en sluiten in hun werk aan bij de diversiteit in achtergronden van gezinnen.
2. Medewerkers van Trajectum stellen de hulpvraag centraal en bieden zorg op maat.
3. Medewerkers van Trajectum laten de verantwoordelijkheid bij ouders.

4. Medewerkers van Trajecum realiseren zich een schakel in de hulpketen te zijn en kijken over eigen methoden en grenzen heen.
5. Medewerkers van Trajectum leggen verantwoordelijkheid af.[1]

2.2 De Zevenster

De Zevenster is een instelling die hulp biedt aan kinderen van nul tot en met twaalf jaar en hun gezinnen. De hulp richt zich op begeleiding en behandeling rondom de opvoeding en ontwikkeling van het kind. De Zevenster werkt multidisciplinair en verschillende disciplines dragen bij aan de behandeling en ontwikkeling van het kind.

2.2.1 Verwijzing

De kinderen worden vanuit Bureau Jeugdzorg Gelderland of Utrecht doorverwezen naar De Zevenster. Bureau Jeugdzorg indiceert het kind en de ouders en verzendt de indicatie en toewijzing naar De Zevenster. Daarbij gaat Bureau Jeugdzorg uit van de door de instelling opgestelde indicaties en contra-indicaties. Indicaties zijn kenmerken van ouders, kind of instelling die een reden zijn om het desbetreffende kind te plaatsen en behandeling te bieden in de instelling. Contra-indicaties zijn redenen om dit niet te doen.

De volgende indicaties zijn van toepassing op de ‘dagbehandeling jonge kind’ van De Zevenster:
- Bij het kind is er sprake van ontwikkelings, - gedrags- en/of emotionele problematiek;
- De leeftijd van het kind ligt tussen de twee en de zeven jaar;
- Er is sprake van een verstoorde gezinssituatie;
- De ouders/ verzorgers zijn niet of gereduceerd in staat om het kind voldoende pedagogische ondersteuning te bieden;
- Het gezin beschikt niet of onvoldoende over een ondersteunend netwerk of hulpbronnen waarop een beroep kan worden gedaan;
- Draaglastvermindering is wenselijk;
- Er zijn meerdere hulpverleningsvormen in het gezin geweest en er is gebleken dat een zwaardere vorm van hulpverlening nodig is;
- Residentiële hulpverlening is (nog) niet geïndiceerd of kan worden voorkomen;
- Het kind en het gezin is woonachtig in de gemeenten Ede, Wageningen, Veenendaal, Rhenen, Amerongen, Wijk bij Duurstede, Leersum, Renswoude, Scherpenzeel of Barneveld.

De Zevenster hanteert de volgende contra-indicaties:
- Het kind heeft een IQ lager dan 70;
- Bij de ouders/ opvoeders is sprake van ernstige problematiek (bijv. verslavingsproblematiek of psychiatrische problematiek) waardoor ze onvoldoende in staat zijn om in de behandeling te participeren;
- Er is sprake van ernstige kinderpsychiatrische problematiek bij het kind;
- Er is sprake van medische problematiek die de mogelijkheden binnen het MKD overstijgen.

Een aantal van de geplaatste kinderen hebben in het verleden al ambulante hulpverlening gekregen die onvoldoende effectief is gebleken. Daarnaast zijn een aantal kinderen voor plaatsing al onderzocht door een kinderarts, psycholoog, orthopedagoog of kinderpsychiater. In een intakecommissie beoordeelt De Zevenster de indicatie en beslist of en op welke wijze de behandeling vormgegeven kan worden. In het intakegesprek met ouders volgt er een verdere analyse van de problematiek, de hulpvraag en de doelen. Deze gegevens worden vervolgens door een behandelcoördinator vastgelegd in een hulpverleningsplan. Wanneer er plaats vrijkomt wordt het kind geplaatst. Bij wachtlijsten kan eventueel overbruggingshulp geboden worden.

[1] Stichting Trajectum Novum, jaarverslag 2005 en 2006.

2.2.2 Behandelmogelijkheden

De Zevenster biedt de volgende hulpvormen:

Intensief ambulante gezinsbehandeling
Intensief ambulante gezinsbehandeling is gericht op kinderen tot twaalf jaar en hun ouders of het hele gezin. Bij deze gezinnen is er sprake van een samenhang van gedrags- en/of ontwikkelingsproblemen bij het kind, opvoedingsproblemen of een verstoorde ouder-kindrelatie. Ondersteuning in de thuissituatie vormt de kern van de behandeling.

Baby- oudergroep
In de baby- oudergroep wordt intensieve behandeling aan zeer jonge kinderen, van nul tot twee jaar, en hun ouders geboden. Het programma richt zich op de nauwe samenwerking met ouders en heeft als doel om in kort tijdsbestek tot herstel of verbetering te komen in de omgang tussen ouders en kind. De behandeling bestaat uit diagnostiek, intensieve thuisbegeleiding, groepsbijeenkomsten en thuisbijeenkomsten.

Flexibele dagbehandeling
Flexibele dagbehandeling is gericht op kinderen in de leeftijd van anderhalf tot zeven jaar oud en hun ouders/opvoeders. Het kind komt een aantal dagen of dagdelen naar één van de zes dagbehandelingsgroepen van de Zevenster. Afhankelijk van de hulpvraag, problematiek of leeftijd van het kind wordt deze in een specifieke klimaatgroep geplaatst. Naast de behandeling op de Zevenster, vindt er tevens behandeling in de thuissituatie plaats in de vorm van gezinsbegeleiding of thuisbegeleiding door de pedagogisch medewerkers.

Onderwijsdagbehandeling
De Zevenster werkt nauw samen met de C.P. van Leersumschool (speciaal onderwijs). In samenwerking met deze school wordt er onderwijsdagbehandeling geboden, al dan niet in combinatie met plaatsing in een klimaatgroep of de specifieke onderwijsdagbehandelingsgroep (de Linde).

Naschoolse dagbehandeling (Boddaert)
Op de naschoolse dagbehandeling wordt behandeling geboden aan kinderen in de leeftijd van zes tot twaalf jaar en hun ouders/opvoeders. Het kind gaat overdag naar school en komt na schooltijd naar de naschoolse dagbehandeling waar zij tot na de avondmaaltijd verblijven. Samen met ouders wordt er gewerkt aan het stimuleren van de ontwikkeling van het kind.[2]

2.2.3 Dagbehandeling jonge kind

De ‘dagbehandeling jonge kind’ (voorheen Medisch Kleuterdagverblijf, MKD) is gericht op kinderen en gezinnen met ernstige problemen in de ontwikkeling of opvoeding van het kind. De problematiek van deze kinderen is zeer divers en vanwege de jonge leeftijd van het kind is de precieze aard en ernst van de problematiek vaak nog niet duidelijk. Globaal kan er een driedeling gemaakt worden van de problematiek:

- Problemen die vooral in het kind zelf liggen en een stoornis in de persoonlijke en/of relationele ontwikkeling tussen ouder en kind bewerkstelligen. Er is voornamelijk sprake van kindfactoren die van invloed zijn op de relatie tussen ouder en kind en de gezinssituatie.
- Problemen die vooral in de persoonlijkheid van ouders liggen en van invloed zijn op de emotionele en pedagogische ontwikkeling van het kind. Er is voornamelijk sprake van omgevingsfactoren, zoals echtscheiding, psychiatrische problematiek bij één of beide ouders, financiële problemen of een laag sociaal-economische status.
- Problemen bij zowel het kind als de ouder(s) die elkaar wederzijds beïnvloeden en een gezonde ontwikkeling belemmeren.

[2] Brochure Trajectum, instellingen voor Multidisciplinaire Kinder- en Jeugdzorg.

De aard van de problematiek kan bestaan uit medische, psychologische of psychiatrische problemen, zoals:

- Stoornissen in de communicatieve en sociale vaardigheden, zoals Autisme Spectrum Stoornissen (ASS);
- Problemen als gevolg van complicaties tijdens de zwangerschap of bij de geboorte, zoals foetale infectie, zuurstoftekort etc;
- Problemen als gevolg van een veelvuldige lichamelijke ziekte van het kind die vervolgens van invloed is op de sociaal-emotionele ontwikkeling;
- Problemen in de hechting tussen ouder en kind, variërend van een onveilige hechting naar een Reactieve hechtingsstoornis;
- Neurologische rijpingsproblemen, neurologische functiestoornissen (ADHD) of defecten en stoornissen in de regulatie van de motoriek;
- Grote temperamentsverschillen tussen ouder en kind;
- Verwaarlozing of lichamelijke/seksuele kindermishandeling;
- Stoornissen van psychosociale aard in het gezin of de relatie van het gezin met de omgeving.[3]

De Zevenster heeft de dagbehandeling op dit moment verdeeld in zes klimaatgroepen: de Anemoon, de Tureluur, de Korenbloem, het Vogelnest, de Fluitekruid en de Fuut. Plaatsing binnen een specifieke klimaatgroep is afhankelijk van de hulpvraag, de problematiek of de leeftijd van het kind. Reeds is besloten de klimaatgroepen los te laten en over te gaan op verticale groepen, onder andere om de zwaarte van de problematiek te verdelen over de verschillende dagbehandelingsgroepen. Deze ontwikkeling moet echter nog geïmplementeerd worden.
Hieronder volgt een korte weergave van de verschillende klimaatgroepen[4]:

<u>De Anemoon</u>
De Anemoon is een dagbehandelingsgroep voor jonge kinderen (drie tot zeven jaar) met gedragsproblemen voortkomend van uit sociaal emotionele problematiek, verstoorde gezinsverhoudingen en/of een functiestoornis, zoals ADHD. Tevens kunnen kinderen met een milde vorm van ASS geplaatst worden in deze groep. Vanwege de voornamelijk externaliserende problematiek worden kinderen met angstig en teruggetrokken gedrag niet geplaatst in deze groep. De groep heeft een capaciteit van acht plaatsingen waarin kinderen maximaal acht dagdelen per week behandeling kunnen krijgen. Het basisklimaat in de groep is gericht op structuurverlening, onder andere door middel van een vast dag- en weekprogramma en vaste regels en afspraken. De veiligheid door middel van het aangaan van relaties kenmerkt zich in een betrokken, gelijkmatige basishouding van de pedagogisch medewerkers.

<u>De Tureluur</u>
De Tureluur is een dagbehandelingsgroep voor jonge kinderen (drie tot zeven jaar) met een stoornis in het Autistische Spectrum (ASS) of een vermoeden daarvan. Deze kinderen hebben moeite met de informatie- en prikkelverwerking en in de communicatie en sociale interactie. Deze groep biedt plek aan zes kinderen waarin kinderen maximaal negen dagdelen per week geplaatst kunnen worden. Het uitgangspunt in de behandeling is de informatie- en verwerkingsproblematiek. Door middel van structuur in ruimte, tijd en materiaal en visuele ondersteuning, voorspelbaar en veel individuele ondersteuning wordt de ontwikkeling van deze kinderen gestimuleerd en getracht verdere (gedrags)problemen te voorkomen. Daarnaast is het belangrijk dat de draaglast voor ouders wordt verlicht en de draagkracht wordt vergroot.

<u>De Korenbloem</u>
De Korenbloem is een dagbehandelingsgroep voor jonge kinderen (drie tot zeven jaar) met sociaal-emotionele problematiek. Bij deze kinderen is de sociaal- emotionele ontwikkeling veelal moeilijk op gang gekomen, vanwege hechtingsproblematiek, gezinsproblematiek of door psychische problemen bij ouders. In deze groep worden tevens kinderen geplaatst met ADHD of een lichte vorm van ASS. De groep biedt plaats aan acht kinderen die maximaal acht dagdelen per week kunnen komen. Het basisklimaat is gericht op affectiestructuur, van waaruit er ruimte komt voor het aangaan van

[3] Verheij, F.,Verhulst F. C.- Het kinder- en jeugdpsychiatrische zorgveld- Assen, 1996.
[4] De informatie komt uit de klimaatbeschrijvingen opgesteld door De Zevenster.

affectieve relaties tussen de kinderen onderling en het kind en de pedagogisch medewerkers. Daarnaast is een belangrijk aandachtspunt in de behandeling het stimuleren van inzicht, begrip en het leren omgaan met gevoelens.

Het Vogelnest
Het Vogelnest is een dagbehandelingsgroep voor jonge kinderen (anderhalf tot zeven jaar) met ontwikkelingsproblemen en/ of gedragsproblemen en/ of sociaal- emotionele problemen. De behandeling vindt zowel in de groep als in de thuissituatie plaats. Het kind wordt drie tot maximaal zes dagdelen geplaatst in de groep. De behandeling is gericht op het stimuleren van de ontwikkeling van het kind en het bieden van opvoedingsondersteuning door de pedagogisch medewerkers in de thuissituatie. Een belangrijk aspect van de behandeling is dat ouders de tijd en de mogelijkheid hebben om actief betrokken te zijn bij de behandeling van hun kind.

De Fluitekruid
De Fluitekruid is een dagbehandelingsgroep voor jonge kinderen (drie tot zeven jaar) met een ontwikkelingsachterstand en/ of sociaal- emotionele problematiek en/ of medische problematiek.
Vaak is de cognitieve en sociale ontwikkeling moeilijk op gang gekomen door bijvoorbeeld hechtingsproblematiek, gezinsproblematiek, psychische problemen bij ouders of door medische problematiek bij het kind. De groep biedt plaats aan 8 kinderen die maximaal 5 dagen per week geplaatst kunnen worden. Gezien de kwetsbaarheid van deze kinderen passen kinderen met heftige gedragsproblematiek niet in deze groep. Het basisklimaat is gericht op het bieden van veiligheid en structuur.

De Fuut
De Fuut is een deeltijd- dagbehandelingsgroep voor jonge kinderen (twee tot vier jaar) met een ontwikkelingsachterstand, hechtingsproblematiek, gedragsproblematiek of medische problemen. Vanwege de jonge leeftijd van het kind is de kern van de problematiek moeilijk aan te geven. De groep biedt plaats aan acht kinderen die maximaal vier ochtenden per week kunnen komen. Het basisklimaat in de groep is gericht op het bieden van veiligheid, emotionele ondersteuning en lichamelijke verzorging. Vanuit deze veiligheid kan er verder gewerkt worden aan de spelontwikkeling en sociaal- emotionele ontwikkeling. Vanwege de kwetsbaarheid en de leeftijd van deze kinderen passen kinderen met heftige gedragsproblematiek niet in deze groep.

2.3 Samenwerking met de GGZ

Vanwege de overlap in problematiek tussen de Jeugdhulpverlening en de Jeugd-GGz en de complexer wordende problematiek is samenwerking tussen de verschillende sectoren noodzakelijk. Binnen De Zevenster is gebleken dat in sommige groepen bij meer dan de helft van de kinderen sprake is van psychiatrische problematiek. De ervaring is dat er steeds vaker kinderen worden aangemeld met een kinderpsychiatrische diagnose of een vermoeden daarvan. Bij jonge kinderen is het lastig om een betrouwbare en definitieve diagnose te stellen op basis van eenmalig onderzoek. De observatiemogelijkheid van De Zevenster zou mooi kunnen aansluiten op de diagnostische mogelijkheden van de GGZ. Daarnaast is er bij een aantal ouders van de geplaatste kinderen sprake van psychiatrische problematiek, welke in een aantal gevallen behandeld wordt binnen een GGZ-instelling. Wederzijds afstemming is wenselijk gebleken en biedt veel voordelen.

In maart 2008 heeft er een verkenning plaatsgevonden van de mogelijkheden tot samenwerking met de GGZ. Aangezien De Zevenster zowel behandeling biedt voor kinderen uit de provincie Utrecht als de provincie Gelderland, heeft De Zevenster te maken met twee Bureaus Jeugdzorg en vijf GGZ-partners. De volgende vijf GGZ- instellingen liggen in hetzelfde bedieningsgebied als de Zevenster:

1. Symfora (Fornhese): Een kinderpsychiater van deze organisatie is op oproep beschikbaar voor consultatie aan De Zevenster;
2. De Gelderse Roos: Deze instelling levert al lange tijd consultatie aan het Baby Ouder Programma van de Zevenster en is bereid verdere samenwerking op gang te brengen;
3. Altrecht: Slechts een gering aantal kinderen van De Zevenster wordt doorverwezen door Altrecht, waardoor er geen sprake is van intensieve samenwerking.

4. Utrecht Medisch Centrum (UMC): De Zevenster werkt af en toe mee aan onderzoeken opgesteld door het UMC. Verdere samenwerking is in het verleden niet haalbaar gebleken.
5. Karakter: Karakter is een grote organisatie voor kinder- en jeugdpsychiatrie met specialisaties in de orthopsychiatrie en de infantpsychiatrie. In het verleden zijn pogingen tot samenwerking met Karakter gestrand. Doordat Karakter zich sinds kort ook richt op de dagbehandeling van jonge kinderen met ASS- problematiek, is De Zevenster wellicht eerder een concurrent dan een samenwerkingspartner.

Van bovengenoemde GGZ- instellingen lijken de Gelderse Roos en Symfora de meeste mogelijkheden te bieden om de samenwerking mee uit te breiden.

Symfora
Symfora is een instelling voor psychiatrie en ligt van oorsprong op het terrein van Zon en Schild in Amersfoort. Fornhese is hier tevens gevestigd en biedt verschillende vormen van Jeugd-GGz. Fornhese heeft een polikliniek voor ambulante diagnostiek en behandeling en een Regionaal Diagnostiek Team voor de enkelvoudige diagnostiekvragen. Zoals eerder vermeldt biedt een kinderpsychiater van Fornhese enkele malen per jaar consultatie aan De Zevenster. Wanneer door middel van deze consultatie de vragen onvoldoende beantwoord worden, kan verwijzing naar het Regionaal Diagnostiek Team volgen. De dringende wens van De Zevenster om psychiatrisch onderzoek op De Zevenster te realiseren en daarbij te integreren in het diagnostisch aanbod van Trajectum kan waarschijnlijk niet worden vervuld door Symfora. Deze instelling wil namelijk het onderzoek op eigen locatie uitvoeren, onder andere om branchevervaging te voorkomen. Er wordt momenteel nog gezocht naar wellicht andere vormen van samenwerking.

De Gelderse Roos
Al geruime tijd geleden huurde de Gelderse Roos enkele ruimten binnen De Zevenster. Per 13 december 2007 heeft de Gelderse Roos een kantoor geopend in Veenendaal, waar tevens de afdeling jeugd is ondergebracht. De Gelderse Roos wil evenals De Zevenster bewust toewerken naar meer samenwerking met andere sectoren. Zij hanteren een 5- 10-gesprekken-model waarmee de behandelduur verkort kan worden. Dit is tevens een interessante mogelijkheid voor De Zevenster, evenals de aanvullende behandelmogelijkheden die de Gelderse Roos kan bieden. In de toekomst zou de Gelderse Roos wellicht diensten kunnen leveren aan De Zevenster, zoals consultatie, diagnostiek, psychiatrische begeleiding van ouders van wie het kind binnen De Zevenster wordt behandeld en deelname aan teambesprekingen. De Gelderse Roos is in principe bereid om haar activiteiten voor zowel de Gelderse als de Utrechtse kinderen aan te bieden in het pand van De Zevenster. Deze samenwerking zou verwijzingen van kinderen naar de GGZ in de toekomst kunnen voorkomen. De samenwerking met de Gelderse Roos wordt momenteel nog onderzocht.[5]

[5] De Zevenster, Han Bijleveld- *Intersectorale samenwerking in Oostelijk Utrecht en West Veluwe vanuit Trajectum, Locatie de Zevenster*- 2008.

3 Indicatiestelling en verwijzing

Voordat jeugdigen daadwerkelijk begeleiding of behandeling krijgen bij een instelling voor Jeugdzorg worden een aantal stappen ondernomen. Sinds de Wet op de Jeugdzorg is Bureau Jeugdzorg verantwoordelijk voor de indicatiestelling en verwijzing naar alle geïndiceerde Jeugdzorg.
In dit hoofdstuk wordt stilgestaan bij de verwijzing en indicatiestelling van jeugdigen met ernstige c.q. psychiatrische problematiek. Allereerst wordt er kort ingegaan op het proces vóór de aanmelding bij Bureau Jeugdzorg. Vervolgens wordt aan de hand van het referentiewerkmodel het analysetraject, de indicatiestelling en de verwijzing toegelicht. Dit traject verloopt echter iets anders bij jeugdigen met psychiatrische problematiek. Aan de hand van het speciaal opgestelde protocol voor jeugdigen met psychiatrische problematiek wordt dit traject toegelicht. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een vergelijking van beide typen indicatietrajecten en de verwijzing van Bureau Jeugdzorg naar de Jeugd-GGz en de Jeugdhulpverlening.

3.1 Filters in de toegang tot hulpverlening

In het verleden ontwikkelden de Jeugdhulpverlening, de Jeugdbescherming en de Jeugd-GGz, onafhankelijk van elkaar een visie op adequate zorg. Dit heeft geleid tot verschillen in visie, werkwijze, registratiesystemen, vakjargon en arbeidsvoorwaarden. De sectoren hadden een eigen financieringsstroom en bepaalden hun eigen domein. Verschillende onderzoeken hebben echter aangetoond dat er weinig verschillen bestaan tussen de jeugdigen en hun hulpvragen in de diverse sectoren: slechts de benaming van de hulpvragen verschilt. Elke sector hanteert nog steeds zijn eigen jargon: een hulpvraag of een probleemanalyse; een adviesbureau of een polikliniek; en een cliënt, patiënt of pupil. Met het inwerktreden van de Wet op de Jeugdzorg is getracht de toewijzing naar alle sectoren van Jeugdzorg te integreren in één landelijk orgaan: Bureau Jeugdzorg. Samenwerking tussen de verschillende sectoren onderling en Bureau Jeugdzorg en de verschillende sectoren is hierbij onmisbaar geworden. [6]

Bureau Jeugdzorg is een filter in het traject naar daadwerkelijke hulpverlening. Zij zijn verantwoordelijk voor de indicatiestelling en verwijzing van alle jeugdigen naar betreffende hulpverleningsinstanties. Naast Bureau Jeugdzorg zijn er echter nog twee andere filters te onderscheiden in de toegang tot hulpverlening:

1. Het eerste filter vormen de ouders;
2. De huisarts en Bureau Jeugdzorg vormen het tweede filter;
3. De Jeugd-GGz vormt bij jeugdigen met psychiatrische problematiek de derde filter.

Het is van belang dat ouders de problemen van hun kind herkennen en inzien dat behandeling nodig is. Het blijkt echter dat ouders niet altijd weten waar hun kind last van heeft. Daarnaast blijkt dat de overeenstemming tussen ouders, kinderen en leerkrachten over het probleemgedrag van een kind nog regelmatig gering is. Een reden hiervan zou kunnen zijn dat het probleemgedrag contextafhankelijk is. Dit bevestigt de noodzaak van het raadplegen van meerdere informanten bij het interpreteren van probleemgedrag. De tweede filter vormt de huisarts of Bureau Jeugdzorg. In feite is Bureau Jeugdzorg de toegangspoort tot de geïndiceerde Jeugdzorg, maar onderzoek heeft uitgewezen dat 40- 80% van de verwijzingen naar de Jeugd-GGz nog steeds via de huisarts verlopen.[7] Het goed inschatten van de ernst van de psychische problemen door de huisarts of Bureau Jeugdzorg is echter van wezenlijk belang. Het feit dat nog lang niet alle verwijzingen naar de Jeugd-GGz via Bureau Jeugdzorg verlopen en de wijze van screening door Bureau Jeugdzorg nog niet gestandaardiseerd zijn, geeft aan dat er meerdere obstakels zijn op weg naar de juiste hulpverlening. De besluitvorming van Bureau Jeugdzorg is zeer bepalend voor het uiteindelijke behandeltraject waar de jeugdige ingaat. Tot slot vormt de Jeugd-GGz de laatste filter bij jeugdigen met psychiatrische

[6] Kind en adolescent 20 (Overduin, P., A. van der Wakker)- *Het domein van de Jeugd-GGz is de gehele jeugdzorg!*- 1999. p. 292- 294.
[7] Inspectie voor de Gezondheidszorg en inspectie Jeugdzorg- *Toegang naar Jeugd-GGz kan sneller en beter*- Amsterdam/ Utrecht, 2006.

problematiek. Bij de toegang tot de Jeugd-GGz ligt vaak de veronderstelling dat de ernst van de problematiek van het kind de bepalende factor is. Factoren die tevens een rol blijken te spelen zijn aspecten gerelateerd aan het zorgaanbod of een lange wachtlijst, waardoor verwijzers minder geneigd zijn door te verwijzen. In september 2006 concludeerden de inspectie voor de gezondheidszorg en de inspectie voor de Jeugdzorg dat de toegang tot de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen beter moet; de hulp aan jeugdigen met problemen schiet vaak tekort of komt te langzaam op gang. De belangrijkste oorzaak ligt volgens hen in de gebrekkige samenwerking tussen Bureau Jeugdzorg en de Jeugd-GGz.[8]

3.2 Wet op de Jeugdzorg

Jeugdzorg bestaat uit alle zorg aan ouders en kinderen om ernstige opgroei- en opvoedproblemen op te lossen of te reduceren, die niet voldoende geholpen kunnen worden via algemene voorzieningen zoals onderwijs, jeugdgezondheidszorg of maatschappelijk werk. De zorg kan verschillen van hulp in de gezinssituatie tot een uithuisplaatsing en van enkele uren per week tot maanden of jarenlang. Dit brede scala aan geïndiceerde hulp wordt vanuit verschillende wettelijke kaders betaald. De Jeugdzorg omvat in zijn geheel de Provinciaal gefinancierde zorg (Jeugdhulpverlening), de Jeugd-GGz (AWBZ), de Jeugd-LVG (AWBZ) en de civiele plaatsingen in justitiële jeugdinrichtingen.

De Eerste Kamer heeft de Wet op de Jeugdzorg op 20 april 2004 aangenomen. Op 1 januari 2005 is deze wet werkelijk van kracht geworden. De Wet op de Jeugdzorg moet leiden tot meer cliëntgericht werken in de Jeugdzorg, waarbij de werkelijke behoefte van het kind of het gezin centraal staat. Door één toegang tot alle voorzieningen voor Jeugdzorg zou het voor cliënten duidelijker zijn waar ze heen moeten met problemen en zouden de verschillende sectoren nauwer op elkaar aansluiten in de keten van hulpverlening. De Wet op de Jeugdzorg heeft twee doelen: betere zorg voor jeugdigen en hun ouders, de cliënten van de Jeugdzorg en het versterken van hun positie. De cliënt staat centraal in een meer georganiseerd en transparant stelsel van Jeugdzorg.

De belangrijkste pijlers van de Wet op de Jeugdzorg zijn:

- ⇨ De oprichting van één Bureau Jeugdzorg per provincie en drie grootstedelijke regio's;
- ⇨ Vraaggericht werken en daarmee samenhangend een versterking van de positie van de cliënt;
- ⇨ Het recht op geïndiceerde jeugdzorg (de zorgaanbieders hebben bijv. een acceptatieplicht).

Met de komst van de nieuwe wet is de toegangsfunctie voor de geïndiceerde jeugdzorg de belangrijkste taak van Bureau Jeugdzorg. Dit houdt in dat Bureau Jeugdzorg moet onderzoeken of jeugdigen en het gezin zodanig ernstige problemen hebben rondom opgroeien en opvoeden dat zij daarvoor zorg nodig hebben van een daarin gespecialiseerde instelling voor Jeugdzorg of Jeugd-GGz. Van oudsher is Bureau Jeugdzorg een Jeugdhulpverleningsinstelling, maar met het in werktreden van de Wet op de Jeugdzorg is de indicatiestelling voor de Jeugd-GGz en de Jeugd-LVG ook onder de verantwoordelijkheid van Bureau Jeugdzorg terechtgekomen. Bureau Jeugdzorg biedt zelf geen hulpverlening meer, maar is enkel verantwoordelijk voor de indicatiestelling en het case-management. Er is veel kritiek geuit op de gebrekkige kennis en expertise die bij Bureau Jeugdzorg beschikbaar zou zijn om een adequate doorverwijzing mogelijk te maken. Zo zou Bureau Jeugdzorg niet meer verantwoord kunnen screenen en indiceren, aangezien zij nog nauwelijks contacten hebben met cliënten en zelf geen hulp meer verlenen. De laatste jaren is er echter veel aandacht besteedt aan het breder opleiden van de jeugdhulpverleners binnen Bureau Jeugdzorg en de integreren van het aanbod van de Jeugd-GGz binnen de indicatiecriteria, door middel van coaching en consultatie vanuit de Jeugd-GGz.

Bureau Jeugdzorg onderzoekt de problemen van de jongere, stelt een indicatiebesluit op waarmee de jeugdige een toegangskaartje heeft voor de zorg en 'bewaakt' of de jeugdige die zorg ook echt krijgt. Daarnaast heeft Bureau Jeugdzorg sinds 2005 de taak om te zorgen dat jongeren met ernstige problemen eenvoudig en snel bij Bureau Jeugdzorg terecht kunnen komen en dat er geen dubbel werk wordt gedaan. De samenwerking met zogenaamde 'voorliggende voorzieningen' zoals

[8] Trimbos Instituut- *Verkenningen in de kinder- en jeugdpsychiatrie*- 2006.

onderwijs, Algemeen Maatschappelijk Werk, jeugdgezondheidszorg en consultatiebureaus is dus nog belangrijker geworden dan voorheen.[9]

3.3 Verwijzing en indicatiestelling door Bureau Jeugdzorg

Bureau Jeugdzorg werkt volgens het referentiewerkmodel, een model dat ontwikkeld is in opdracht van de Directie Jeugdbeleid van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de Directie Jeugd en Criminaliteitspreventie van het Ministerie van Justitie. Het model geeft de hoofdlijnen weer van de werkprocessen van de Bureaus Jeugdzorg die voortvloeien uit de Wet op de Jeugdzorg. Binnen de verschillende Bureaus Jeugdzorg kan dit model in min of meerdere mate gebruikt worden bij het geven van een indicatiebesluit. De werkwijze van de verschillende Bureaus Jeugdzorg kan onderling verschillen, aangezien zij vrij zijn om binnen de wettelijke kaders een eigen invulling te geven aan het indicatietraject. Op dit moment wordt er een project uigevoerd gericht op het verbeteren van de indicatiestelling van Bureau Jeugdzorg en de uniformering van het werk- en besluitvormingsproces, de instrumenten en de deskundigheidseisen van alle Bureaus Jeugdzorg. Dit project heeft als doel dat de kwaliteit van de indicatiestelling gewaarborgd blijft en het recht op Jeugdzorg landelijk tot stand komt. Dit betekent inhoudelijk dat er bij eenzelfde soort problematiek tot een zelfde indicatiestelling gekomen moet worden.[10]

3.3.1 Het analysetraject

Bureau Jeugdzorg werkt volgens het stroomgericht indiceren, wat inhoudt dat:

- Er zo snel mogelijk, met behoud van kwaliteit, bepaald wordt of de klant een cliënt een Bureau Jeugdzorg is;
- Er zo snel mogelijk, met behoud van kwaliteit, bepaalt wordt wat het optimale indicatietraject voor de cliënt is, gegeven de aard en ernst van de problematiek;
- Er zo snel mogelijk, met behoud van kwaliteit, bepaald wordt wat de zorgafspraken zijn;
- Er zo snel mogelijk, met behoud van kwaliteit, bepaald wordt wat de urgentie is.

Binnen het indicatietraject kunnen een aantal fasen onderscheiden worden; fase 1 is de aanmelding en acceptatie, fase 2 houdt de analyse en het opstellen van een diagnostisch beeld in, en tot slot is fase 3 het vaststellen van de benodigde zorg en het opstellen van het indicatiebesluit

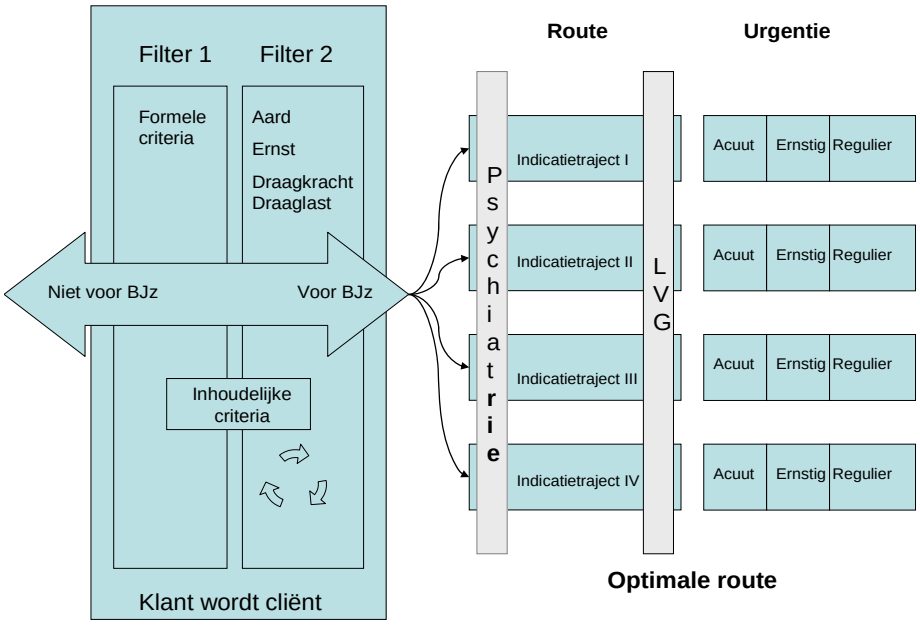
<u>Fase 1; Aanmelding en acceptatie</u>
De eerste stap in deze fase is het gesprek dat plaatsvindt tussen de mogelijke cliënt en Bureau Jeugdzorg. In dit eerste gesprek gaat Bureau Jeugdzorg na of de persoon aan het goede adres is. Eerder in dit rapport is al beschreven dat Jeugdzorg hulp biedt aan jeugdigen en hun ouders bij opgroei- en opvoedproblemen of dreigende zodanige problemen. Dit houdt in dat Jeugdzorg geen ondersteuning biedt bij simpele opvoedvragen, zoals de hoeveelheid slaap dat een kind nodig heeft: het gaat om situaties waarin de opvoeding problematisch dreigt te worden. Wanneer blijkt dat de mogelijke cliënt aan het verkeerde adres heeft, wordt het proces afgesloten en kan verwijzing naar bijvoorbeeld het consultatiebureau of het Algemeen Maatschappelijk Werk volgen. Indien de cliënt wel een hulpvraag heeft met betrekking tot Jeugdzorg, maar er sprake is van een crisissituatie, wordt er gewerkt vanuit een ander protocol. De stappen in het ‘normale’ analysetraject worden niet direct doorlopen, maar er wordt zo snel mogelijk hulp geboden gericht op het stabiliseren van de situatie.

Zodra vastgesteld is dat de mogelijke cliënt een hulpvraag heeft met betrekking tot de Jeugdzorg en daarmee geholpen wil, dan wel moet worden, heeft acceptatie plaatsgevonden. De cliënt krijgt een contactpersoon van Bureau Jeugdzorg toegewezen en deze hulpverlener start de fase van de analyse en het opstellen van het diagnostisch beeld. Er wordt een inschatting gemaakt van de aard en ernst van de problematiek en de draagkracht/draaglast verhouding. Vervolgens stelt Bureau Jeugdzorg een hypothese op ten aanzien van de problematiek en wordt vastgesteld wat er moet worden onderzocht en welke instrumenten er gebruikt gaan worden om tot een diagnostisch beeld te komen.

---

[9] Informatiebrochure Wet op de Jeugdzorg, 2003.
[10] Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport- *Evaluatieonderzoek Wet op de Jeugdzorg*- 2006.

In schema ziet dit er als volgt uit:



Naast de Psychiatrie (Jeugd-GGz) en de LVG kan Bureau Jeugdzorg ook indiceren voor de Provinciale Jeugdzorg (Jeugdhulpverlening). Tijdens de aanmelding wordt er gebruik gemaakt van een landelijk gestandaardiseerde vragenlijst voor het vaststellen van de aard (ISIS) en de ernst (Quick- step) van de problematiek. Voor het bepalen van de urgentie wordt er gebruik gemaakt van de standaardcriteria van de Quick-step.

Fase 2; Analyse en opstellen diagnostisch beeld

In de fase van de analyse en het opstellen van het diagnostisch beeld wordt er bezien wat er precies aan de hand is met de cliënt of het cliëntsysteem. In een volgend gesprek met de cliënt wordt het probleem geanalyseerd, evenals de mogelijke oorzaken van het probleem en de factoren die het probleem in stand houden. De benodigde informatie met betrekking tot het probleem wordt verzameld. Dit kunnen bijvoorbeeld onderzoeken of verslagen van eerdere betrokken hulpverleningsinstellingen zijn, evenals informatie vanuit school of het consultatiebureau. De analyse richt zich tevens op de mogelijkheden die het cliëntsysteem zelf heeft om de problemen het hoofd te bieden (draagkracht en draaglast). Eventuele psychiatrische stoornissen van de cliënt worden meegenomen in het analysetraject. Hiervan zal ook de ernst ervan moeten worden vastgesteld. Dit heeft onder andere als doel om een goede afbakening te kunnen maken tussen zorg waarop aanspraak bestaat op grond van de Wet op de Jeugdzorg en zorg op grond van de AWBZ. De conclusie die voortvloeit uit dit proces, wordt het diagnostisch beeld genoemd. Op basis van de analyse moet bepaald worden welke zorg nodig is. Bureau Jeugdzorg zal naast de keuze voor een sector (Provinciaal gefinancierde Jeugdzorg, Jeugd-GGZ of Jeugd-LVG) tevens een keuze moeten maken in de zwaarte van de zorg die nodig is (ambulant, semi- residentieel of residentiële zorg). Uit onderzoek is gebleken dat de eerste afweging in het analysetraject is of ambulante, semi- residentiële of residentiële hulp het meest geschikt is; daarna wordt besloten welke sector deze hulp het beste kan bieden.[11]

Instrumenten die gebruikt worden bij het vaststellen van de aard van de problematiek zijn de CBCL (Child Behavior Checklist) en de SPsy (Screeningsinstrument PSYchische stoornissen). Deze instrumenten zijn beide gericht op kindproblematiek. Een aantal Bureaus Jeugdzorg hanteren tevens de NOSI (Nijmeegse Ouderlijke Stress Index), een instrument gericht op de problematiek van ouders en de omgeving. Mocht er bij aanmelding sprake zijn van (een vermoeden van) psychiatrische

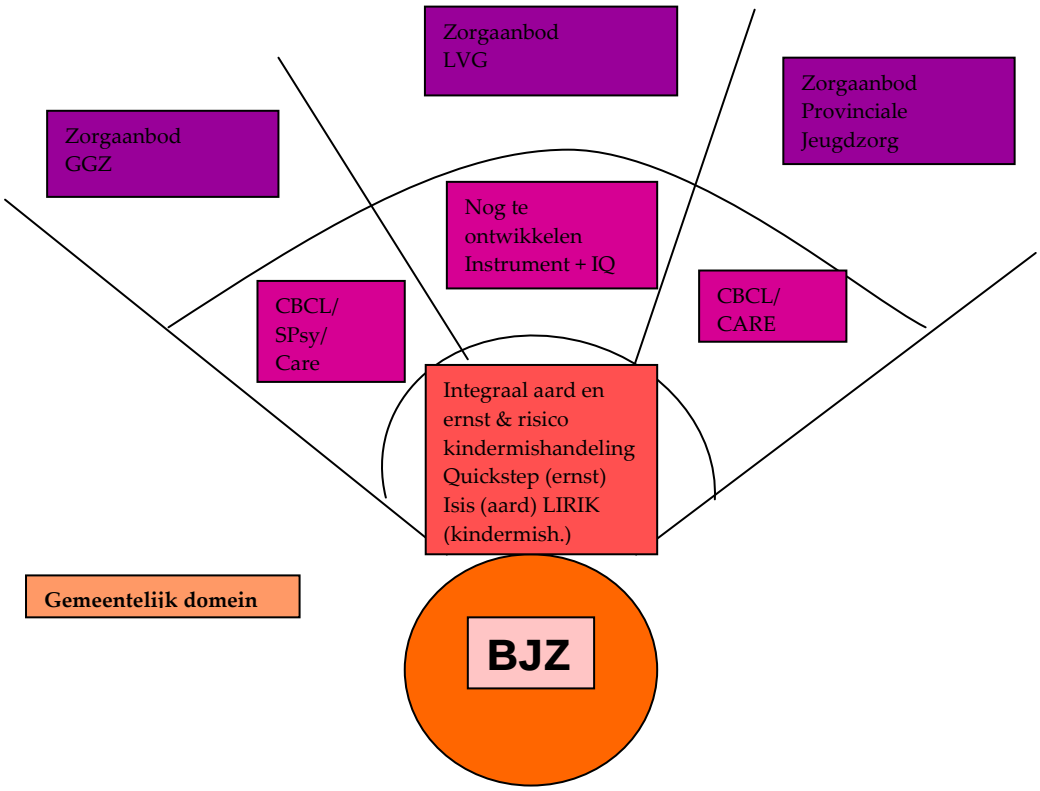
[11] Kind en Adolescent 20 (Konijn, C., E. Berben, F. Verheij, M. Donker)- *Het domein van de Jeugd-GGz: recht van overpad*- 1999. p. 276- 291.

problematiek, dan wordt er tijdens het indicatietraject gebruik gemaakt van het protocol 'Jeugdigen met psychiatrische problematiek (zie paragraaf 4 van dit hoofdstuk).

Fase 3; Vaststellen benodigde zorg en het indicatiebesluit
Het diagnostisch beeld wordt als uitgangspunt genomen bij de keuze welke zorg nodig is. Indien er geïndiceerde zorg nodig is, wordt er een indicatiebesluit opgesteld. Een belangrijk uitgangspunt bij het vaststellen van de benodigde zorg is het zo- zo- zo- beleid. Dit houdt in dat de hulpverlening zo kort mogelijk, zo licht mogelijk en zo dichtbij mogelijk moet zijn. Aan het proces van het opstellen van het indicatiebesluit worden een aantal eisen gesteld, zoals het verplicht raadplegen van een gekwalificeerde gedragswetenschapper.
In een indicatiebesluit worden de volgende zaken beschreven:

- Een beschrijving van de problemen of de dreigende problemen van een cliënt, de ernst en de mogelijke oorzaken ervan;
- Een korte beschrijving van de hulpvraag;
- Beknopt overzicht van de uitgevoerde activiteiten in de analysefase;
- Een beschrijving van de benodigde zorg en het met die zorg beoogde doel;
- Duur van de zorg;
- De termijn waarbinnen de aanspraak tot gelding moet zijn gebracht;
- Een advies wie de zorg kan of kunnen verlenen;[12]

Onderstaand treft u het schema van het totale indicatietraject inclusief de instrumenten die in de verschillende fasen kunnen worden toegepast



[12] Ministerie van VWS- *Referentiewerkmodel Bureau Jeugdzorg*- 2005.

Een Jeugdhulpverlener binnen Bureau Jeugdzorg stelt een concept van het indicatiebesluit op. Deze wordt door een gedragswetenschapper, verbonden aan Bureau Jeugdzorg, beoordeeld. Indien het besluit aangepast moet worden, wordt dit ge(her)formuleerd. Zodra het indicatiebesluit goedgekeurd wordt, volgt overleg met de cliënt. Vervolgens wordt het indicatiebesluit naar de instelling gestuurd die de hulp gaat verlenen aan het cliëntsysteem. Op grond van de doelen zoals opgesteld in het indicatiebesluit, stelt de instelling (de zorgaanbieder) een hulpverleningsplan op. Bureau Jeugdzorg blijft betrokken bij de evaluatie van de geboden zorg (het case-management). [13]

3.4 Verwijzing en indicatiestelling jeugdigen met psychiatrische problematiek

In de vorige paragraaf is beschreven hoe het proces van aanmelding tot indicatiebesluit wordt vormgegeven binnen Bureau Jeugdzorg. Indien er sprake is van een (vermoeden van) psychiatrische problematiek, kan het analysetraject anders doorlopen worden. In maart 2006 is hiervoor het 'Protocol Indicatiestelling Jeugdigen met psychiatrische problematiek' opgesteld. Zoals eerder beschreven is Bureau Jeugdzorg met het inwerktreden van de Wet op de Jeugdzorg tevens verantwoordelijk voor de indicatiestelling voor de Jeugd-GGz. Binnen deze sector wordt kinderen en jeugdigen tot 18 jaar met (een vermoeden van) ernstige psychiatrische problematiek, gediagnosticeerd en behandeld. Het protocol Indicatiestelling Jeugdigen met psychiatrische problematiek is opgesteld om een adequate uitvoering van het indicatietraject te waarborgen en de samenwerking tussen aanbieders van Jeugd-GGz en Bureaus Jeugdzorg te bevorderen. In het protocol wordt als kanttekening geplaatst dat het niet mogelijk is gebleken om een harde scheidslijn te trekken tussen de doelgroep en het aanbod binnen de Jeugdzorg enerzijds en de doelgroep en het aanbod binnen de Jeugd-GGz anderzijds.
Deel één van het protocol sluit aan bij het referentiewerkmodel zoals weergegeven in de vorige paragraaf. Deel twee van het protocol bevat een beschrijving van de deskundigen die Bureau Jeugdzorg in huis moet hebben om psychiatrische problematiek te kunnen signaleren. Tevens wordt beschreven welke specifieke deskundigheid aanwezig moet zijn voor het stellen van een AWBZ-indicatie. Deel drie omvat een beschrijving van de informatie die Bureau Jeugdzorg en de aanbieders van de Jeugd-GGz moeten uitwisselen.

3.4.1 Het analysetraject van jeugdigen met psychiatrische problematiek

De fasen in het indicatietraject zoals beschreven in het protocol worden hieronder kort toegelicht. Er wordt niet ingegaan op de fase van aanmelding en acceptatie, aangezien deze op dezelfde wijze verloopt zoals beschreven in het referentiewerkmodel in paragraaf 2 van dit rapport.

<u>Analyse en opstellen diagnostisch beeld</u>
In deze fase wordt geanalyseerd wat er aan de hand is met de cliënt of het cliëntsysteem; wat is de hulpvraag, wat zijn de problemen, waardoor worden deze veroorzaakt of in stand gehouden en in hoeverre is het cliëntsysteem in staat om op eigen kracht verbetering in de situatie te bewerkstelligen. Bureau Jeugdzorg maakt hiervoor gebruik van reeds beschikbare informatie vanuit het onderwijs, eerder betrokken zorgverleners, de jeugdgezondheidszorg en de huisarts. In deze fase wordt tevens vastgesteld of er sprake is van psychiatrische problematiek. Hiervoor worden drie stappen gezet:

- Taxatie aard van de problematiek
- Taxatie ernst van de problematiek
- Vaststellen dat er sprake is van psychiatrische problematiek

Indien een gekwalificeerde gedragswetenschapper of kinderpsychiater al heeft vastgesteld dat er sprake is van psychiatrische problematiek, kunnen de beschreven stappen overgeslagen worden.
Bij een taxatie van de aard van de problematiek wordt er gebruik gemaakt van gegevens van het cliëntsysteem en de betrokken instanties, een beschrijving van de huidige situatie en de aanmeldingsvraag, een inventarisatie van eerdere hulpverlening of onderzoeken en een analyse van de risicofactoren en beschermende factoren van de jeugdige en het gezinssysteem. Indien deze informatie bevestigd dat er een vermoeden is van psychiatrische problematiek, wordt de CBCL of de SPsy afgenomen. Bij het beoordelen van de zwaarte van de benodigde zorg is het noodzakelijk dat de

[13] MOgroep- *Uitvoeringsplan Verbetering indicatiestelling Bureau Jeugdzorg (VIB)*- 2008.

ernst van de problematiek in kaart wordt gebracht. De ernst van de problematiek wordt bepaald door enerzijds de zwaarte en duur van de problematiek en anderzijds door de mate waarin de problemen belemmerend en/of belastend zijn voor de jeugdige en de omgeving. Op basis van de verzamelde informatie wordt de Quick-step ingevuld, wat een globale indicatie geeft voor de zwaarte en urgentie van de benodigde zorg. Indien de scores van de gebruikte instrumenten het vermoeden van psychiatrische problematiek bevestigen, stelt de Bureau Jeugdzorg- medewerker een concept van het indicatiebesluit op. Deze wordt vervolgens voorgelegd aan de gedragswetenschapper. Wanneer er getwijfeld wordt of er sprake is van psychiatrische problematiek of over de benodigde zorg, kunnen deskundigen uit de GGZ geconsulteerd worden. Eventueel kan er aanvullende diagnostiek volgen om een beslissing omtrent de indicatiestelling te kunnen onderbouwen.

Vaststellen benodigde zorg
Aan de hand van de verzamelde informatie bepaalt de Bureau Jeugdzorg- medewerker in samenspraak met de cliënt de benodigde zorg. Bij psychiatrische problematiek zijn er vier wettelijke kaders waarbinnen de zorg verleend kan worden; de Zorgverzekeringswet (ZVW), de Wet op de Jeugdzorg (WJZ), de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Beginselenwet Justitiële Jeugdinrichtingen (BJJ).

- ZVW: Hierop wordt aanspraak gedaan wanneer de psychiatrische problematiek zodanig van aard is dat een psychiatrische aanpak noodzakelijk is (GGZ).
- WJZ: Hierop wordt aanspraak gedaan indien Jeugdzorg noodzakelijk is, aangezien er naast psychiatrische problematiek sprake is van opgroei- en opvoedproblemen.
- AWBZ: Een indicatie vanuit dit kader wordt afgegeven indien de jeugdige persoonlijke verzorging en/of ondersteunende begeleiding nodig heeft, al dan niet in combinatie met verblijf.
- BJJ: Deze vorm van hulp wordt geïndiceerd wanneer de jeugdige dermate ernstige gedragsproblemen heeft. waardoor opvang of behandeling binnen een beveiligde setting noodzakelijk is.

Op basis van de aard en ernst van de problematiek wordt er een keuze gemaakt uit bovenstaande kaders en volgt er een indicatiebesluit. De cliënt wordt vervolgens door verwezen naar een instelling binnen Jeugdzorg of naar een aanbieder van Jeugd-GGz. Bureau Jeugdzorg stelt echter niet vast welke vorm van Jeugd-GGz er geboden moet worden, dit doet de desbetreffende Jeugd-GGz-instelling zelf.[14]

3.4.2 Verschillen en overeenkomsten in het analysetraject en de verwijzing

Het analysetraject en de verwijzing van jeugdigen met psychiatrische problematiek verschilt in een aantal opzichten van het traject van jeugdigen met overige problematiek. Allereerst wordt ingegaan op een aantal overeenkomsten. De fase van aanmelding en acceptatie verloopt hetzelfde. Er wordt bekeken of de cliënt aan het goede adres is en indien dit het geval is, volgt fase 2; de analyse en het opstellen van het diagnostisch beeld. Indien er sprake is van een crisissituatie wordt er bij beiden doelgroepen direct gehandeld; bij (ernstige) GGZ- problematiek volgt een directe verwijzing naar de Jeugd-GGz. In de fase van de analyse en het opstellen van het diagnostisch beeld wordt bekeken wat er aan de hand is met de cliënt of het cliëntsysteem. Bij jeugdigen waarbij al aangetoond is dat er sprake is van psychiatrische problematiek wordt dit onderzoeksverslag als uitgangspunt genomen bij het opstellen van het diagnostisch beeld. Bij beide doelgroepen wordt er tevens informatie verzameld bij overige instellingen zoals het consultatiebureau, de school of de huisarts. Met behulp van verschillende meetinstrumenten wordt de aard en ernst van de problematiek vastgesteld. Bij beiden doelgroepen verdient de uniformiteit van de werkprocessen en de gehanteerde meetinstrumenten extra aandacht. Bureau Jeugdzorg mag binnen wettelijke kaders zelf bepalen welke meetinstrumenten zij gebruiken. Het risico hiervan is dat overige factoren (wachtlijsten en het referentiekader van de hulpverlener) nog steeds invloed kunnen uitoefenen op de indicatiestelling en verwijzing van een jeugdige.

---

[14] Partners in Jeugdbeleid (Diephuis, K., Q v.d. Zijden)- *Protocol Indicatiestelling Jeugdigen met psychiatrische problematiek*-2006.

Bij een vermoeden van psychiatrische problematiek kan er gebruik worden gemaakt van de Quick-step, de CBCL of de SPsy. Het gebruik van meetinstrumenten bij het beoordelen van de aard en ernst van de problematiek is bij jeugdigen met vermoedens van psychiatrische problematiek in vergelijking met overige problematieken nog belangrijker. Bureau Jeugdzorg moet voor verwijzing naar de Jeugd-GGz duidelijke kenmerken van psychiatrische problematiek kunnen neerzetten. Meetinstrumenten kunnen hier bij helpen en geven een objectief beeld van de problematiek. Daarnaast is het bij psychiatrische problematiek nog belangrijker om de ernst van de problematiek in kaart te brengen. Niet alle jeugdigen met psychiatrische problematiek behoeven namelijk behandeling vanuit de Jeugd-GGz en de ernst van de problematiek is van invloed op deze keuze. Bij jeugdigen met psychiatrische problematiek moet er duidelijk een keuze worden gemaakt tussen de vier wettelijke kaders waarbinnen de zorg verleend kan worden; ZVW, WJZ, AWBZ of BJJ. De analyse en het opstellen van het diagnostisch beeld van een jeugdige met psychiatrische problematiek vraagt extra kennis en inzicht van de Bureau Jeugdzorg- medewerker. Zij moeten de aard en ernst van de psychiatrische problematiek juist inschatten, aangezien het erg belangrijk is dat deze groep zo snel mogelijk doorverwezen wordt voor de juiste hulp. Bureau Jeugdzorg kan bij twijfels consultatie vragen bij een GGZ-instelling.
In de laatste fase van analysetraject volgt het vaststellen van de benodigde zorg en het verwijzen naar de instelling die de zorg gaat verlenen. Bij jeugdigen met psychiatrische problematiek verloopt een groot deel van de verwijzingen nog steeds via de huisarts. Bij beiden doelgroepen is de samenwerking tussen Bureau Jeugdzorg en de instellingen voor Jeugdzorg erg belangrijk. Bij jeugdigen met psychiatrische problematiek is deze samenwerking nog belangrijker, aangezien Bureau Jeugdzorg nog relatief weinig ervaring heeft met het doorverwijzen van deze doelgroep. Doordat een groot deel van de verwijzingen nog via de huisarts verloopt, is terugkoppeling van de huisarts/ Jeugd-GGz naar Bureau Jeugdzorg erg belangrijk. Daarnaast bepaalt de Jeugd-GGz zelf welke vorm van behandeling zij inzetten; Bureau Jeugdzorg verwijst enkel door naar de Jeugd-GGz- instelling. Dit is een duidelijk verschil met de verwijzing van overige problematieken. Hierbij verwijst Bureau Jeugdzorg namelijk specifiek naar een hulpvorm en bepalen zij of ambulante, semi-residentiële of residentiële hulp noodzakelijk is. De Jeugd-GGz maakt deze inschatting echter zelf. Overigens betekent een verwijzing naar de Jeugd-GGz niet direct dat de jeugdige hier behandeld gaat worden. De Jeugd-GGz kan ook enkel kiezen voor diagnostiek en de jeugdige vervolgens weer terugverwijzingen naar Bureau Jeugdzorg of een instelling voor Jeugdhulpverlening.
In de volgende paragraaf wordt ingegaan op de factoren die van invloed zijn op de keuze voor verwijzing naar de Jeugd-GGz of de Jeugdhulpverlening.

3.5 Verwijzing naar de Jeugd-GGz of de Jeugdhulpverlening?

Verschillende onderzoekers stellen dat het nog steeds betrekkelijk toevallig is waar een kind met problemen hulp krijgt. Het domein van de Jeugdhulpverlening en de Jeugd-GGz is niet altijd even duidelijk, onder andere omdat er naast het onderscheid tussen wel en geen psychiatrische problematiek, er tevens onderscheid gemaakt wordt tussen wel en geen GGZ- problematiek. Echter niet alle jeugdigen met psychiatrische problematiek kunnen of moeten behandeld worden in de Jeugd-GGz. Het aanbod van beide sectoren verschilt van elkaar; binnen de Jeugd-GGz wordt ongeveer 90% van de jeugdigen ambulant behandeld. Binnen de Jeugdhulpverlening ligt dit percentage op ongeveer 50%. Daarnaast zijn er verschillen in beschikbare disciplines en behandelmethoden tussen beide werkvelden.

In het verleden hebben de Jeugd-GGz en Bureau Jeugdzorg veel kritiek geuit naar elkaar; de Jeugd-GGz zou alleen kinderen aannemen die binnen hun criteria passen en gedragsproblemen/stoornissen zouden volgens hen enkel het gevolg zijn van opvoedkundige problemen. Daarnaast is een veelgehoorde klacht vanuit de Jeugd-GGz dat Bureau Jeugdzorg en overige Jeugdhulpverleningsinstellingen psychiatrische problematiek onvoldoende opmerken en te laat doorverwijzen. Vanwege het omschakelen van aanbodgericht- naar vraaggestuurd werken en de complexe problematiek die zich niet meer in hokjes laat stoppen, is het extra belangrijk dat sectoren met elkaar samenwerken. De scheidslijn tussen pedagogische en kinderpsychiatrische problemen is troebel en het is onjuist te veronderstellen dat de Jeugd-GGz geen verstand heeft van pedagogiek en de Jeugdhulpverlening niets van psychiatrie weet. Maar wat is dan precies het domein van de Jeugd-

GGz en welke factoren bepalen of een kind binnen de Jeugdhulpverlening of de Jeugd-GGz hulp krijgt?[15]

Allereerst wordt er bij de verwijzing uitgegaan van de indicaties en contra-indicaties die door de instelling zelf zijn opgesteld. In hoofdstuk 2 zijn de indicaties en contra-indicaties voor verwijzing naar de Zevenster aan de orde gekomen. Hieruit bleek dat zowel kind- als omgevingsfactoren een reden tot verwijzing kunnen zijn. Bij het kind kan sprake zijn van ontwikkelings- gedrags- of emotionele problematiek en in het gezin kan sprake zijn van verstoorde gezinssituatie en een onvoldoende steunend netwerk om op terug te vallen. Contra- indicaties waren onder andere ernstige persoonlijke problematiek bij ouders en ernstige kinderpsychiatrische problematiek bij het kind.

Voor verwijzing naar Karakter (Jeugd-GGz) zijn de volgende indicaties en contra-indicaties van toepassing:

Indicaties:
- Er is sprake van psychiatrische problematiek of een sterk vermoeden van;
- Het kind is vastgelopen in één of meerdere milieus;
- Er is een zekere mate van draagkracht met voldoende perspectief op verandering.

Contra-indicaties:
- Ernstige acting- out gedrag of agressie- problematiek;
- Een IQ lager dan 85;
- Te grote draaglast en te kleine draaglast bij ouders waardoor eerder aan klinische opname gedacht wordt.

Het domein van de Jeugd-GGz bestaat hoofdzakelijk uit jeugdigen met psychiatrische problematiek. Daarbij is diagnostiek één van de belangrijke kerntaken van de Jeugd-GGz. Als een jeugdige gediagnosticeerd is binnen de Jeugd-GGz, betekent dit echter niet direct dat het kind ook behandeld wordt binnen deze sector. Uit een onderzoek blijkt dat hulpverleners voornamelijk kiezen voor een behandeling vanuit de Jeugd-GGz wanneer de jeugdige licht lichamelijke klachten heeft (psychosomatische klachten zoals buikpijn en hoofdpijn), ernstige cognitieve problemen heeft (hallucinaties of dwanghandelingen), ernstige emotionele problemen (extreme angst, depressiviteit) heeft, en als de relatie van de ouders problematisch is. Daarnaast spelen problemen in de vrijetijdsbesteding en de duur van de problematiek tevens een rol bij de beslissing of de Jeugd-GGz nodig is. Uit het onderzoek blijkt tevens dat als ouders beschikken over meer dan voldoende opvoedingscapaciteiten en er voldoende netwerk is om op terug te vallen, de kans op hulp vanuit de GGZ groter is dan hulp vanuit een andere sector. Daarnaast blijken individuele problemen van de ouders en ernstige lichamelijke problemen van de jeugdigen de voornaamste redenen om geen GGZ-hulp in te schakelen. De 'behandelbaarheid' van de problematiek en aanwezige protectieve factoren blijken erg belangrijk in de keuze voor behandeling vanuit de Jeugd-GGz.[16] Bij jonge kinderen blijkt de keuze voor GGZ- hulp of hulp vanuit de Jeugdhulpverlening zo mogelijk nog moeilijker. Er is vaak onvoldoende zicht op de aard en ernst van de problematiek en vanwege de jonge leeftijd wordt er zelden gekozen voor residentiële of semi-residentiële hulp. Daarnaast blijkt het vanwege de beperkte capaciteit van de Jeugd-GGz niet mogelijk om alle jeugdigen met psychiatrische problematiek naar de Jeugd-GGz over te brengen.

3.6 Samenvatting

Sinds het inwerktreden van de Wet op de Jeugdzorg is Bureau Jeugdzorg verantwoordelijk voor de indicatiestelling van de provinciaal gefinancierde Jeugdzorg, de Jeugd-GGz, de Jeugd-LVG en de justitiële jeugdinrichtingen. De werkwijze van Bureau Jeugdzorg verloopt volgens het referentiewerkmodel, waarin er drie fasen onderscheiden worden: (1) de aanmelding en acceptatie, (2) de analyse en het opstellen van het diagnostisch beeld en (3) het vaststellen van de benodigde

[15] Kind en Adolescent 2 (Gevers, C.)- *De kinderpsychiatrie is weer eens niet thuis*- 2004.
[16] Konijn, C., E. Berben, F. Verheij, M. Donker, 1999- *a.w.*

zorg en het opstellen van een indicatiebesluit. In fase 1 wordt er bekeken of de problemen of vragen rondom opvoeden en opgroeien van de cliënt en het gezin ernstig genoeg zijn om geïndiceerde zorg te verlenen. Wanneer dit het geval is, wordt er in de volgende fase informatie verzameld omtrent de aard en ernst van de problematiek. Bij (vermoedens van) psychiatrische problematiek wordt er gewerkt vanuit het protocol 'Indicatiestelling Jeugdigen met psychiatrische problematiek'. In dit protocol wordt geadviseerd gebruik te maken van objectieve meetinstrumenten ten behoeve van het in kaart brengen van de aard (CBCL, SPsy) en de ernst van de problematiek (Quick- step). In fase 3 volgt het vaststellen van de benodigde zorg en het opstellen van het diagnostisch beeld; het kind wordt doorverwezen naar een instelling. De belangrijkste verschillen in het indicatieproces tussen jeugdigen met en zonder psychiatrische problematiek is dat het gebruik van meetinstrumenten om de aard én ernst van de problematiek vast te stellen, nog belangrijker is bij jeugdigen met psychiatrische problematiek. Daarnaast betekent een verwijzing naar de Jeugd-GGz niet direct dat de jeugdige hier ook behandeling krijgt. Bureau Jeugdzorg verwijst enkel door naar de Jeugd-GGz. Zij bepalen op hun beurt welke behandeling ze inzetten. De problematiek met de bijbehorende hulpvragen van de twee sectoren (Jeugd-GGz en Jeugdhulpverlening) blijkt echter niet duidelijk van elkaar te verschillen. Het onderscheid tussen kinderpsychiatrische problemen en pedagogische problemen is troebel. Uit onderzoek is gebleken dat hulpverleners voornamelijk naar de Jeugd-GGz verwijzen indien de jeugdige licht lichamelijke klachten, ernstige cognitieve problemen en ernstige emotionele problemen heeft en wanneer de relatie van de ouders problematisch is. Daarbij moet de problematiek behandelbaar zijn en er voldoende protectieve factoren aanwezig zijn.

4 Diagnostiek

In het vorige hoofdstuk is het analysetraject en de verwijzing door Bureau Jeugdzorg beschreven. In dit hoofdstuk wordt vervolgens ingegaan op de diagnostiek van jeugdigen met psychiatrische problematiek. Het theoretisch kader of de visie van waaruit een sector of instelling werkt is van invloed is op de wijze waarop problemen worden ingeschat en verklaard en welke behandeling er vervolgens ingezet wordt. In paragraaf 1 van dit hoofdstuk wordt kort ingegaan op een aantal modellen en visies van waaruit instellingen kunnen kijken naar de problematiek van kinderen. Vervolgens wordt ingegaan op de diagnostiek van het jonge kind, de noodzaak van vroegtijdig signaleren en de kritiek die er is op het stellen van diagnoses bij jonge kinderen. In de paragraaf die volgt wordt het diagnostisch proces binnen de Jeugd-GGz beschreven welke meestal uitmondt in het stellen van een diagnose of classificatie. Dit gebeurt aan de hand van de classificatiesystemen DSM-IV of de DC:0-3. In paragraaf 6 wordt stilgestaan bij de risicofactoren bij het ontstaan en in standhouden van psychiatrische problematiek aan de hand van het transactionele ontwikkelingsmodel. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een beschrijving van de ernst van de problematiek, de relatie tussen de ernst van de problematiek en de benodigde zorg en een mogelijke toename in problematiek de afgelopen jaren.

4.1 Theoretische kaders

Vanuit verschillende theoretische kaders kan er gekeken worden naar de problematiek bij jeugdigen. Zo werkt de Jeugdhulpverlening voornamelijk vanuit de orthopedagogiek en is de Jeugd-GGz van oorsprong een medische discipline. Tegenwoordig werken beide sectoren eclectisch en zijn verschillende theoretische kaders en achtergronden geïntegreerd in een visie en werkwijze. Desondanks bepalen achterliggende kaders en visie van een sector of instelling nog steeds de wijze waarop tegen problemen of stoornissen aangekeken wordt. Het belangrijkste vraagstuk hierin is wellicht het nature- nurture- principe: wordt gedrag en ontwikkeling aangeboren en door biologische factoren bepaald of door omgevings- en ervaringsfactoren? Tegenwoordig is men er zeker van dat het vaak een combinatie van beiden is, al zijn er zeker verschillen in mening te vinden onder clinici en hulpverleners. De orthopedagogiek is voornamelijk gericht op de opvoedings-, opgroei en onderwijsleerproblemen en de GGZ is van oorsprong gericht op ernstige ontwikkelings-, neurologische- of psychiatrische stoornissen. Dit onderscheid is terug te vinden in orthopedagogische en psychiatrische diagnostiek. Orthopedagogische diagnostiek richt zich niet enkel op het individuele kind, maar op het kind in relatie met zijn ouders/opvoeders. Psychologische of psychiatrische diagnostiek richt zich op het individuele kind, waarbij eventuele gezinsproblematiek vaak als reactief wordt beschouwd aan de kindproblematiek. De GGZ heeft dan ook lange tijd vanuit het medisch model gewerkt waarin ziek versus gezond gedrag centraal stond. Het onderscheid tussen kind- en omgevingsfactoren blijkt in de praktijk echter niet altijd duidelijk aangezien beide domeinen zich, zeker bij jonge kinderen, in sterke verwevenheid met elkaar ontwikkelen.[17]

De tweede dimensie is normaliteit versus psychopathologie: wat is normaal en wat is abnormaal gedrag? In de praktijk wordt hiervoor volop gebruik gemaakt van de DSM-IV en het statistisch model. Aan het onderkennen van psychopathologie wordt vaak ruim de aandacht geschonken, terwijl het veel moeilijker blijkt te zijn om zicht te krijgen en te houden op de grote variatie in de normale ontwikkeling. Voor het verkrijgen van de juiste hulp wordt er in de praktijk vaak een erkende diagnose gevraagd. Als de diagnostiek een genuanceerder beeld laat zien en er geen erkende diagnose uitkomt, komen ouders en kind niet in aanmerking voor die specifieke hulpvorm. Het gevolg is dat de druk op ouders en de diagnosticus toeneemt om de diagnose aan te passen aan de bureaucratische en maatschappelijke verwachtingen. Bij het vaststellen van psychopathologie bij kinderen worden er verschillende meetinstrumenten gebruikt. Deze meetinstrumenten zijn echter niet altijd afgestemd op de omgevingsfactoren die er spelen om het moment van diagnostiek. Gedrag dient daarom ook vanuit een ontwikkelingsperspectief bekeken te worden. Bepaalde afwijkingen kunnen bijvoorbeeld functioneel zijn in het proces van herstel na een belastende voorgeschiedenis of omstandigheden.

[17] Baartman, H., A. van der Leij, J. Stolk- *Het perspectief van de orthopedagoog*- Houten/Diegem, 2001. p. 101-107.

Zeker bij jonge kinderen is de noodzaak van longitudinale diagnostiek groot, dat wil zeggen dat er meerdere meetmomenten worden gehouden in het diagnostisch proces.[18]

4.1.1 Kwalitatieve en kwantitatieve criteria

Naast dat een individu statistisch of medisch gezien normaal of abnormaal kan zijn, spelen er meerdere factoren een rol bij het beoordelen van gedrag en het vaststellen van probleemgedrag. In de praktijk wordt er gebruik gemaakt van zowel kwalitatieve als kwantitatieve criteria. Kwantitatieve criteria hebben betrekking op factoren als de intensiteit, frequentie en duur van het problematische gedrag in relatie met de leeftijd, sekse en omgevingsfactoren van het kind. Bij kwalitatieve criteria gaat het om het al dan niet aanwezig zijn van lijden, de belemmering in het dagelijks functioneren en de herkenbaarheid van syndromen.

Kwantitatieve criteria zijn:

1. De frequentie en duur van het probleemgedrag (komt het probleemgedrag elke dag voor?)
2. De intensiteit van het probleemgedrag (hoe 'ernstig' is het probleemgedrag?)
3. De omvang van het probleemgedrag (in welke situaties komt het probleemgedrag voor?).

Bij het hanteren van deze criteria moet rekening worden gehouden met wat men op grond van de ontwikkelingsfase en omgevingsfactoren van een kind kan verwachten. Dit is onder meer afhankelijk van factoren als de leeftijd en het ontwikkelingsniveau van het kind, het verloop van het ontwikkelingsproces, het geslacht van het kind en de relatie met actuele en sociaal-culturele omstandigheden.

Naast de kwantitatieve criteria spelen ook de volgende kwalitatieve criteria een rol:

A. De aanwezigheid van lijden (lijdt alleen de persoon in kwestie of ook zijn/haar omgeving?)
B. Belemmeringen in het adaptief functioneren:
   - Belemmeringen in de biopsychische sfeer, bijvoorbeeld temperament.
   - Belemmeringen in het psychisch functioneren (gezin/school/vrije tijd).
   - De aanwezigheid van klinische syndromen (past het gedrag onder de criteria van een classificatie?).[19]

Het interpreteren van probleemgedrag moet bekeken worden vanuit de achtergrond van bovenstaande criteria. Hierbij is het belangrijk dat de hulpverlener kennis en inzicht heeft in het normale ontwikkelingsproces van een kind. Gedrag dat bij oude kinderen en volwassenen opgevat kan worden als afwijkend, kan voor jonge kinderen binnen de norm vallen. Jonge kinderen kunnen bijvoorbeeld angstig reageren op iets wat ze nog niet kennen, hebben in bepaalde ontwikkelingsfasen rituelen en kunnen een wisselend patroon van eten en slapen laten zien.[20] Daarnaast mag de invloed van omgevingsfactoren ook niet onderschat worden. Een kind dat een traumatische gebeurtenis heeft meegemaakt zal zich angstiger en onveiliger gedragen dan een kind dat dit niet heeft meegemaakt. De criteria die een rol spelen bij het beoordelen van de ernst van de problematiek worden verder toegelicht in paragraaf 6 van dit rapport.

4.2 Diagnostiek van het jonge kind

Jonge kinderen met probleemgedrag vallen in de eerste plaats vaak op door hun overactieve (externaliserende) gedrag of juist inactieve (internaliserende) gedrag in de groep. Vaak is er sprake van ontwikkelingsproblemen in verschillende domeinen aangezien de ontwikkeling van jonge kinderen nog erg diffuus is en moeilijk te bepalen. Een tweede voorkomende categorie is de kinderen die opvallen door hun gedrag, maar waar tevens sprake is van problematiek bij één of beide ouders. Dit heeft grote gevolgen voor de ontwikkeling van het kind en de ouder-kindrelatie. Deze categorieën

---

[18] Tijdschrift voor orthopedagogiek (G. Sinnema)- *Het kind als verteller*- 2008. p. 3-15.
[19] Kievit, T.H., J.A. Tak, J.D. Bosch- *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen- Utrecht,* 2002.
[20] Van de Putte, J., Buitelaar, J., Cohen, P., Matthys W. (red)- *Uit de kinderschoenen. 60 jaar Kinder- en Jeugdpsychiatrie UMC*- Utrecht, 2000

staan overigens niet los van elkaar; problematiek blijkt vaak een interactie tussen kind- en omgevingsfactoren. Ondanks dat er bij het diagnosticeren van kinderen naar de gehele ontwikkeling en meerdere levensgebieden (gezin, school, vrije tijd) wordt gekeken, blijft het een momentopname. Vervolgonderzoek is om deze reden, zeker bij jonge kinderen, erg belangrijk.

Infantpsychiatrie is het deel van de psychiatrie dat de diagnostiek, behandeling en preventie van psychopathologie bij kinderen tot en met drie jaar betreft. De ontwikkeling van kinderen vanaf de geboorte tot het vierde jaar verloopt stormachtig en snel. In de leeftijd van twee en drie maanden, zeven en negen maanden en achttien en twintig maanden vindt er een complexe en ingrijpende verschuiving plaats in de ontwikkeling. De criteria voor normaal of afwijkend gedrag veranderen daarbij snel per leeftijd en liggen minder vast als bij oudere kinderen. Het accent in de infantpsychiatrie ligt meer op het beoordelen van het ontwikkelingsverloop van het kind, dan op het beoordelen van de aanwezigheid van symptomen. Dit omdat er minder bekend is over de normale variatie in functioneren, vaardigheden of reactiewijzen van hele jonge kinderen. Daarnaast zijn de verschillende domeinen van de ontwikkeling bij jonge kinderen nog weinig gedifferentieerd. Dit houdt in dat problemen in het ene domein bijna altijd gepaard gaan met problemen in de andere domeinen. Jonge kinderen resoneren in hun functioneren nog erg mee met de directe omgeving. Gebeurtenissen in het gezin, lichamelijke of psychische problemen van ouders en de kwaliteit van de ouder-kindrelatie zijn van grote invloed om het functioneren van een jong kind. Interventies bij probleemgedrag van jonge kinderen richt zich sterk op deze gezinsaspecten en zijn eerder gericht op het weer op gang brengen van de gestagneerde ontwikkeling en dus van preventieve aard.
In figuur 1 worden de kenmerken van de infantpsychiatrie en de kinder- en jeugdpsychiatrie naast elkaar gezet.

Figuur 1. [21]

Infantpsychiatrie	**Kinder- en Jeugdpsychiatrie**
- Meer gericht op ontwikkeling dan op symptomen	- Meer gericht op symptomen dan op ontwikkeling
- Geringe differentiatie van afzonderlijke ontwikkelingsdomeinen	- Verder gevorderde differentiatie van afzonderlijke ontwikkelingsdomeinen
- Focus op meerdere generaties	- Focus op individu
- Preventieve oriëntatie	- Behandelingsoriëntatie
- Groot belang van contextuele invloeden	- Relatief geringer belang van contextuele invloeden
- Meerdere etiologische invloeden die interacteren en cumuleren	- Afzonderlijke etiologische invloeden
- Stoornissen worden vaak benoemd op het niveau van de relatie met de ouders/opvoeders	- Stoornissen worden vaak benoemd op het niveau van het individu

De afgelopen decennia is door middel van wetenschappelijk onderzoek de kennis op het gebied van de diagnostiek en psychiatrische problematiek enorm gestegen. Problemen in de ontwikkeling van een kind worden vroegtijdig onderkend en geanalyseerd, waar mogelijk ingedeeld in een classificatie, met als gevolg dat er zo snel mogelijk een passende behandeling ingezet kan worden. Vroegsignalering bij jonge kinderen met probleemgedrag is in de eerste plaats belangrijk omdat het niet signaleren relatief grote gevolgen voor het kind en het gezin kan hebben. Dit hangt samen met de snelle ontwikkeling die het jonge kind doormaakt en het diffuse karakter van de ontwikkeling. Verstoringen in het ene gebied hebben vaak directe consequenties voor andere gebieden. Doordat het kind zich snel ontwikkeld kunnen stoornissen dus ook snel verergeren. De bedoeling van diagnostiek is naast behandeling voor het specifieke probleem, tevens gericht op het voorkomen van een cumulatieve toename van de problematiek. De diagnostiek van het jonge kind is daarom

[21] Verhulst, F.C., F. Verheij, R.F. Ferdinand (red.)- *Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Psychopathologie*- Assen, 2003.

gebaseerd op een breed ontwikkelingsmodel waarbij tevens de relatie tussen ouder en kind in meegenomen wordt. Desondanks blijkt het in de praktijk moeilijk te zijn om een betrouwbare diagnose te stellen bij jonge kinderen en een zekere prognose te stellen voor de toekomst.

Ondanks het grote belang dat diagnostiek heeft binnen onze maatschappij, wordt er door verschillende hulpverleners ook kritiek geuit op het diagnosticeren van jonge kinderen. Zij vinden dat de omgevingsfactoren vaak onvoldoende meegenomen (kunnen) worden in de diagnostiek. Door het categorale kijken verdwijnt het belang van de geschiedenis, de situatie en de relatie van het kind. Daarnaast wordt ervaren dat de DSM-IV onvoldoende mogelijkheden biedt om problematische relatieprocessen te noteren die van invloed zijn op de problematiek van het kind. De relatieproblemen die wel omschreven kunnen worden in de DSM-IV zijn zeer vaag. In verschillende artikelen wordt een poging gedaan om diagnostische criteria voor dergelijke relatieproblemen te definiëren. Indien deze relationele problemen namelijk als 'diagnose' benoemd kunnen worden, zijn er meer mogelijkheden tot behandeling. Op dit moment wordt de behandeling vaak alleen vergoed wanneer er sprake is van een 'harde' diagnose. De verwachting is dat in 2011 de vijfde versie van de DSM uitkomt, waarin dergelijke criteria wellicht duidelijker omschreven zijn.[22]

4.3 Het diagnostisch proces binnen de Jeugd-GGz

Zowel binnen de Jeugdhulpverlening als de Jeugd-GGz wordt er gebruik gemaakt van diagnostiek ten behoeve van het behandeltraject. De plaats die deze diagnostiek echter inneemt is duidelijk anders in beide sectoren. Van oudsher is het bieden van diagnostiek één van de belangrijkste gebieden van de Jeugd-GGz. Elk behandeltraject binnen de Jeugd-GGz start met diagnostiek en het stellen van een (voorlopige) diagnose of classificatie. Een voorwaarde voor behandeling in de Jeugd-GGz is dat er sprake moet zijn van psychiatrische problematiek. Wanneer tijdens het diagnostisch onderzoek blijkt dat er geen sprake is van psychiatrische problematiek, wordt het kind veelal doorverwezen (of weer terugverwezen) naar de Jeugdhulpverlening. Indien het vermoeden van psychiatrische problematiek bevestigd wordt tijdens het diagnostisch proces, kan er behandeling vanuit de Jeugd-GGz ingezet worden. Deze behandeling is vervolgens duidelijk geprotocolleerd en geheel afgestemd op de problematiek. Dit zijn duidelijke verschillen met de Jeugdhulpverlening. Binnen dit werkveld kan diagnostiek ingezet worden vanuit de hulpvraag van het kind of de ouders. Diagnostiek is geen voorwaarde voor het inzetten van de behandeling. Daarnaast verschilt de diagnostiek tussen de Jeugdhulpverlening en de Jeugd-GGz ook inhoudelijk: de Jeugd-GGz biedt verschillende vormen van diagnostiek; waaronder psychologisch-, psychiatrisch-, neurologisch-, medisch- of gezinsonderzoek. De diagnostiek binnen de Jeugdhulpverlening beperkt zich meestal tot het psychologisch-, ontwikkelings- of gezinsonderzoek.

In deze paragraaf wordt het diagnostisch proces binnen de Jeugd-GGz beschreven. Dit bestaat uit grofweg zes stappen:

- Het contact leggen tussen diagnosticus en patiënt;
- Het vaststellen van gegevens;
- Het stellen van een 'formele' diagnose;
- Het stellen van een diagnose is ruimere zin;
- Het vaststellen van beleid of behandeling bijvoorbeeld therapie;
- Evaluatie van beleid en therapie.

4.3.1 Verwijzing naar de kinder- en jeugdpsychiater

De eerste stap binnen het diagnostisch proces is de verwijzing naar de kinder- en jeugdpsychiater. Volgens de Wet op de Jeugdzorg is Bureau Jeugdzorg verantwoordelijk voor het geven van een indicatie voor psychiatrisch onderzoek bij een Jeugd-GGz instelling. Daarnaast is het mogelijk dat de huisarts direct doorverwijst naar de Jeugd-GGz, mits voorzien is van een voorlopige classificatie en

[22] Kind en Adolescent 28 (2007)- DSM en relationele problematiek: strijd om 'context'

een GAF-score lager dan 40. In de praktijk wordt ongeveer 40-80% van de verwijzingen nog altijd via de huisarts geregeld.

4.3.2 Het vaststellen van diagnostische gegevens

Zodra het eerste contact is gelegd tussen diagnosticus en patiënt, begint het assessment; het opsporen van kenmerken die het ene individu onderscheidt van anderen. Deze kenmerken kunnen onder andere het probleemgedrag van het kind zijn, de cognitieve en motorische functies of lichamelijke afwijkingen en fysiologische kenmerken.

Bij het vaststellen van diagnostische gegevens kunnen er drie methoden gehanteerd worden:

- Praktisch- klinische methoden: Observatie tijdens het gesprek of het spel, het diagnostisch interview met ouders en het interview met het kind.
- Gestructureerde methoden: Het afnemen van gestandaardiseerde interviews of het laten invullen van vragenlijsten door ouders, leerkrachten en/of het kind zelf.
- Gestandaardiseerde tests of onderzoeken: Een algemeen lichamelijk en neurologisch onderzoek, een psychologische test of laboratorium onderzoek.[23]

Bij het verzamelen van diagnostische gegevens wordt er gebruik gemaakt van verschillende informanten, zoals de ouders, de leerkracht of het kind zelf. Gedrag van kinderen kan sterk variëren in verschillende contexten. Een kind kan druk en ongeconcentreerd in de klas zijn, terwijl dit gedrag in de thuissituatie minder wordt waargenomen. Dit verschil in gedrag kan verklaard worden doordat er in verschillende situaties andere eisen aan het kind worden gesteld en een beroep wordt gedaan op andere vaardigheden. Om het gedrag van het kind in diverse situaties met elkaar te kunnen vergelijken, zal er informatie gevraagd worden aan meerdere informanten.

Het psychiatrisch onderzoek bestaat uit verschillende componenten:

- De informatie van ouders, door middel van de ontwikkelings, de gezins- en de familie-anamnese en gegevens over het functioneren van het kind op dat moment. De methoden die hiervoor gebruikt worden zijn veelal een vraaggesprek en gestandaardiseerde interviews of vragenlijsten.
- De informatie van de leerkracht, wat betreft het functioneren van het kind in de klas, de relatie met leeftijdsgenoten en de leerkracht en de leerprestaties van het kind. De wijze waarop deze informatie verzameld wordt is meestal een bezoek aan de school of een telefoongesprek, maar een gestructureerde vragenlijst wordt ook vaak gebruikt.
- Indien het nog niet gedaan is, volgt er een onderzoek naar de cognitieve mogelijkheden en persoonlijkheidskenmerken van het kind door middel van psychologische tests. Deze worden meestal uitgevoerd door psychologen of pedagogen.
- Een lichamelijk of technisch onderzoek, zoals laboratorium en neurofysiologisch onderzoek.
- Het klinisch- psychiatrisch onderzoek van het kind.

Op basis van verkregen informatie zal de diagnosticus bepalen welke onderzoeken of methoden relevant zijn. Zo is lichamelijk of neurologisch onderzoek niet bij elk kind of elke problematiek noodzakelijk.

4.3.3 Het stellen van een 'formele' diagnose/ classificatie

Na het proces van gegevens verzamelen, wordt er overgegaan op taxonomie: het groeperen van individuen op basis van hun onderscheidende kenmerken.[24] Een verwant begrip dat vaker gehanteerd wordt is classificatie. Het verschil met taxonomie is dat classificatie betrekking heeft op iedere vorm van systematische indeling, dus ook lichamelijke traumata die ingedeeld kunnen worden in traumata ten gevolge van sport, verkeer, arbeid etc. Taxonomie heeft betrekking op een indeling op basis van de intrinsieke kenmerken van een kind. Classificeren is het onderbrengen van individuen in categorieën van een diagnostisch classificatiesysteem en wordt ook wel een diagnose in engere zin of

---

[23] Verhulst, F.C.- *Inleiding in de kinder- en jeugdpsychiatrie*- Assen, 2002.
[24] Verhulst, F.C., 2002- *a.w.*

een formele diagnose genoemd. Classificatiesystemen zoals de Diagnostic and Statistical Manual-IV (DSM-IV) of de ICD-10 (Classification of Mental and Behavioural Disorders) zijn gebaseerd op principes van de medische taxonomie. In deze systemen staan stoornissen of syndromen beschreven aan de hand van een aantal typische kenmerken die behoren tot een bepaalde categorie. Een ander veelgebruikt classificatiesysteem voor hele jonge kinderen is de Zero to Three (DC:0-3). Dit classificatiesysteem en de DSM-IV zullen nader besproken worden in paragraaf 4 en 5 van dit hoofdstuk. Het enkel classificeren van de problematiek zegt weinig over de ernst van de problematiek, de sterke en zwakke factoren in het kind en het gezin en de behandeling die ingezet wordt. Tevens wordt door middel van classificeren niet duidelijk welke risicofactoren of oorzaken er aanwezig zijn bij het ontstaan en in standhouden van de problematiek. Deze gegevens worden vaak pas duidelijk na uitgebreid (psychiatrisch) onderzoek. Bij een aantal kinderen stopt het diagnostisch proces (tijdelijk) na het stellen van de voorlopige classificatie.

4.3.4 Het stellen van een diagnose in ruimere zin

Diagnostiek heeft ook een bredere betekenis, namelijk het onderzoeken en vaststellen van een (mogelijke) oorzaak van de problematiek en een uiteenzetting van de aard van de situatie of het probleem. Dit wordt de diagnose in ruimere zin genoemd. In de praktijk is het van belang om meer informatie te hebben van een kind dan alleen de formele diagnose. Bij het stellen van een diagnose in ruimere zin worden veel gegevens geïntegreerd tot een conclusie of behandelingsindicatie. Deze gegevens betreffen informatie over het lichamelijk functioneren, de cognitieve functies van het kind, het school- en gezinsfunctioneren, de ontwikkeling van een kind, de familie- anamnese en een sterke/zwakte- analyse. In de uiteindelijke diagnostische formulering wordt de formele diagnose (DSM- classificatie) aangevuld met voor het kind specifieke relevante kenmerken.[25]

4.4 Classificatie volgens de DSM-IV

In 1994 is het vierde deel van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) verschenen, onder verantwoordelijkheid van de American Psychiatric Association. De DSM-IV is een classificatiesysteem van psychische stoornissen die ontwikkeld is voor gebruik in de hulpverlening, opleiding of onderzoek. Een belangrijk kenmerk van de DSM-IV is het geven van diagnostische criteria om de betrouwbaarheid van de diagnose te vergroten. De criteria zijn richtlijnen die clinici en onderzoekers in staat stellen om een diagnose te stellen, erover te communiceren, onderzoek te doen en de stoornis te behandelen.
In de DSM-IV wordt de problematiek van het kind beschreven op vijf assen:

As I	Klinische stoornissen
	Andere aandoeningen en problemen die een reden voor zorg kunnen zijn
As II	Persoonlijkheidsstoornissen
	Zwakzinnigheid
As III	Somatische aandoeningen
As IV	Psychosociale en omgevingsproblemen
As V	Algehele beoordeling van het functioneren[26]

In de klinische praktijk krijgt vooral de classificatie op as I en as II veel aandacht. As I van de DSM-IV dient voor de classificatie van klinische stoornissen, zoals ADHD of ODD. Op as II komt een eventuele classificatie van een persoonlijkheidsstoornis; deze kan nog niet in de kinderleeftijd gesteld worden. Op as III kan een vermelding plaatsvinden van somatische aandoeningen, waarbij het gaat om lichamelijke aandoeningen die de klachten op as I of as II doen verergeren. Somatische aandoeningen die niet in direct verband staan met een psychische stoornis, kunnen wel benoemd worden op as III indien zij van belang zijn om de klachten van as I te kunnen begrijpen. Op as IV worden relevante psychosociale en omgevingsproblemen genoteerd, voorafgaand aan de diagnose.

[25] Verhulst, F.C. F. Verheij (red.)- *Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Onderzoek en diagnostiek*- Assen, 2000.
[26] American Psychiatric Association- *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV*- Lisse, 1995.

Ten slotte vormt as V een algemene beoordeling van het functioneren aan de hand van de GAF-schaal.[27]

De DSM is oorspronkelijk ontwikkeld voor volwassen en later zijn de criteria aangevuld of uitgebreid zodat zij ook toepasbaar zijn bij kinderen. Een aantal stoornissen uit de DSM-IV kunnen bij zeer jonge kinderen gediagnosticeerd worden, maar bij geen van deze zijn de criteria onderzocht en aangepast aan kinderen beneden de drie jaar.
De DSM-IV categorieën die bij kinderen jonger dan drie jaar gediagnosticeerd kunnen worden, staan vermeldt in figuur 2.

Figuur 2.

- Coördinatieontwikkelingsstoornis
- Communicatiestoornissen
- Pervasieve ontwikkelingsstoornissen
- Aandachtstekort-/ hyperactiviteitstoornissen
- Oppositioneel- opstandige gedragsstoornis
- Voeding- en eetstoornissen op zuigelingenleeftijd of de vroege kinderleeftijd
- Tic-stoorissen
- Separatieangststoornis
- Selectief mutisme
- Reactieve hechtingsstoornis
- Stemmingsstoornissen
- Angststoornissen
- Posttraumatische stressstoornis
- Slaapstoornissen
- Aanpassingsstoornis
- Mentale retardatie (as II)

4.5 Classificatie volgens de DC 0-3

In reactie op de onvoldoende aangepaste criteria van de DSM-IV bij zeer jonge kinderen is er in 1994 een classificatiesysteem ontwikkeld speciaal voor infants; de Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhoord, ook wel de DC:0-3 genoemd. De DC:0-3 is het eerste diagnostische classificatiesysteem van psychopathologie voor gebruik bij zeer jonge kinderen. In de DC:0-3 worden er evenals in de DSM-IV vijf assen gehanteerd bij het geven van een classificatie.
Het systeem bestaat uit de volgende assen:

As I:	Primaire diagnose van het kind
As II:	Ouder-kind relatiestoornissen
As III:	Stoornissen of aandoeningen op lichamelijk, neurologisch, psychiatrisch en ontwikkelingsgebied (zoals beschreven in andere classificatiesystemen)
As IV:	Psychosociale stressfactoren
As V:	Functioneel Emotioneel Ontwikkelingsniveau

De meeste categorieën uit de DC:0-3 hebben eenzelfde categorie in de DSM-IV, maar het systeem kent ook twee ‘experimentele’ categorieën: de regulatiestoornissen en de multisysteem ontwikkelingsstoornissen (Multi System Developmental Disorders: MSDD). De constitutionele of op rijping gebaseerde problemen in de prikkelverwerking en in de regulatie van fysiologie, emoties en gedrag worden de regulatiestoornissen genoemd.
De MSDD zijn stoornissen in de relatievorming en communicatie en zijn nauw verwant aan de autistische spectrumstoornissen. De symptomen van MSDD zijn echter minder ernstig en worden als secundair beschouwd aan problemen met regulatie en prikkelverwerking. Er is overlap tussen verschillende regulatiestoornissen onderling en tussen regulatiestoornissen en MSDD.

[27] Hout, van der M.,S. Perreijn en H.T. van der Molen- *Klinische psychologie. Theorieën en psychopathologie*- Groningen, 1997.

Het belang dat dit classificatiesysteem toekent aan de ouder- kindrelatie blijkt uit de aparte as voor de classificatie van stoornissen in die relatie, met een bijbehorende schaal: de Parent-Infant Relationship Global Assessment Scale (PIR-GAS). In de eerste levensjaren zullen problemen en stoornissen bij een kind vaak samen gaan met problematische interacties met de primaire opvoeders. De focus van diagnostiek en interventies dient dan ook tevens op de ouder-kindrelatie te liggen. Met de aparte as voor stoornissen in de ouder-kindrelatie komen deze factoren beter in beeld. Een nadeel van dit systeem is dat er veel overlap is tussen de verschillende typen en dat het accent op het gedrag van de ouder komt te liggen en het gedrag van het kind als reactief wordt beschreven.[28]
Een gedeeltelijk herziene versie van de DC:0-3 is in ontwikkeling, waarin een voorstel is gemaakt voor het toevoegen van een zesde as: de 'familie as'. Hierin kunnen de familieanamnese voor psychische stoornissen, de draagkracht en de culturele aspecten opgenomen worden.

De volgende stoornissen uit de DC: 0-3 kunnen bij kinderen beneden de drie jaar gediagnosticeerd worden:[29]

Figuur 3.

- Traumatische stressstoornis
- Stoornis in de relatievorming en de communicatie
- Regulatiestoornissen
- Stoornis in het slaapgedrag
- Stoornis in het eetgedrag
- Stoornis in het affect
- Aanpassingsstoornissen
- Ouder-kind relatiestoornissen (as II)

4.6 Risicofactoren en het transactionele model

Risicofactoren voor het ontstaan van psychopathologie bij jonge kinderen kunnen onderverdeeld worden in kindgebonden, oudergebonden en omgevingsgebonden factoren. Voorbeelden van kindfactoren zijn complicaties tijdens de zwangerschap en bevalling, een moeilijk temperament, vroeggeboorte en/of laag geboortegewicht en lichamelijke ziekten. Ouderlijke risicofactoren zijn bijvoorbeeld tienerzwangerschap, psychiatrische problematiek bij één of beide ouders, problemen in de relatie tussen de ouders en éénouderschap. Een lage sociaal-economische status, ingrijpende levensgebeurtenissen en werkloosheid zijn voorbeelden van omgevingsfactoren die een risico spelen bij het ontstaan van psychopathologie. Deze risicofactoren treden meestal niet afzonderlijk van elkaar op, maar in combinatie met andere factoren. Het optreden van een afzonderlijke risicofactor is minder bepalend bij het ontstaan van problematiek dan het cumulatieve effect van een aantal risicofactoren. De risicofactoren beïnvloeden elkaar vervolgens weer. Dit wordt het transactionele ontwikkelingsmodel genoemd. Een voorbeeld hiervan is dat kinderen met een moeilijk temperament of een lichamelijke handicap de gevoelens van de ouders ernstig kunnen verstoren, wat een verhoogd risico is op mishandeling. Het effect van psychiatrische problematiek van ouders op de ontwikkeling van een kind is afhankelijk van de mate waarin de problematiek zich uit en bijvoorbeeld onderstimulatie of slechte verzorging tot gevolg heeft. [30]
Het verloop van de ontwikkeling van een kind wordt beschouwd als het resultaat van de complexe interactie in de eerste levensjaren tussen het kind en zijn directe omgeving. Het gezin, de culturele achtergrond en de aard van de omgang tussen opvoeders en het kind beïnvloeden de kwaliteit van deze interactie. De kern van het transactionele ontwikkelingsmodel is de manier waarop dit proces verloopt en hoe dit leidt tot de ontwikkeling van de persoonlijkheid van het kind.[31]

[28] Een beschrijving van de ouder- kindrelatiestoornissen uit de DC: 0-3 zijn opgenomen in bijlage 2.
[29] National Center for Infants, Toddlers and Families- *DC: 0-3*- Assen, 2005.
[30] Verhulst, F.C.,F. Verheij, R.F. Ferdinand (red), 2003- *a.w.*
[31] Aalsvoort, G.M. van der en A.J.J.M. Ruijssenaars- *Jonge risicokinderen. Achtergronden, onderkenning, aanpak en praktijk*- Rotterdam, 2000.

Bij het gebruik van het transactionele ontwikkelingsmodel moet niet gezocht worden naar directe oorzaken voor het probleemgedrag of de problematische opvoedingssituatie, maar naar de verschillende componenten in de opvoedingssituatie en hoe deze op elkaar inspelen.
Het balansmodel wordt vaak gebruikt als aanvulling op het transactionele ontwikkelingsmodel. Dit model helpt om in te schatten welke risicofactoren en beschermende factoren er aanwezig zijn in het kind en de opvoedingssituatie.[32]

4.6.1 Invloed van omgevingsfactoren

Psychiatrische problemen zijn altijd ingebed in een bepaalde context. Enerzijds ontwikkelen psychiatrische problemen voortkomend uit (hoofdzakelijk) biologische factoren zich in wisselwerking met de omgeving. Anderzijds kunnen omgevingsfactoren een beduidend grote invloed hebben op de normale ontwikkeling van een kind waardoor het desbetreffende kind ernstige problemen ontwikkelt.
De invloed van omgevingsfactoren op het ontstaan en mogelijk versterken van psychiatrische problematiek wordt min of meer overal erkend. In de DSM-IV is een aparte as (As IV) opgenomen waarin deze omgevingsfactoren benoemd kunnen worden indien deze relevant worden geacht. Dit kunnen life- events zijn, moeilijkheden in de omgeving, een stressveroorzakende factor in het gezin of andere relaties of het tekortschieten van maatschappelijke steun. Naast een rol bij het ontstaan of het verergeren van een psychiatrische stoornis kunnen psychosociale problemen ook ontstaan als gevolg van de psychiatrische problematiek. In de praktijk zullen de meeste psychosociale en omgevingsfactoren vastgesteld worden in As IV. Wanneer deze factoren echter de eerste reden voor zorg moeten zijn, moeten deze ook op As I vermeldt worden.

4.6.2 Risicofactoren voor GGZ-gebruik

Niet alle kinderen en jeugdigen met psychiatrische problematiek komen in contact met de Jeugd-GGz. Het Psychiatrisch Casus Register (PCR) Zuid-Limburg heeft in samenwerking met de afdeling jeugdgezondheidszorg (JGZ) onderzoek gedaan naar risicofactoren die een rol spelen bij het ontstaan van (ernstige) psychiatrische problematiek en als gevolg daarvan contact komt met de GGZ.
Hierbij is gekeken naar de invloed van ontwikkelingsvariabelen als de taal- en motoriekontwikkeling, gedragsproblemen en de invloed van gezinsvariabelen, zoals een laag sociaal-economische status.
Uit dit onderzoekt blijkt dat kinderen uit éénoudergezinnen ongeveer vijf maal meer kans hebben om in contact te komen met de GGZ dan kinderen uit volledige gezinnen. Verder komen jonge kinderen die gebruik maken van de GGZ vaker uit een gezin waar één of beide ouders werkloos waren en werd er vaker een melding gemaakt van psychosociale stress binnen het gezin. Uit het onderzoek komen nog meer risicofactoren naar voren die GGZ- gebruik voorspellen. Zo was het kind dat gebruik maakte van de GGZ kleiner bij de geboorte, vertoonde het vaker externaliserend gedrag en had het vaker motorische en/of taalproblemen.

[32] Het balansmodel is opgenomen in bijlage 3.

Figuur 4. Risicofactoren van GGZ- gebruik

	Patiënt		Controle		Odds ratio
Gezinsvariabelen	N	%	N	%	OR
Eénoudergezin	17	21,3	15	4,7	5.37
Werkloze vader	4	5,0	8	2,5	2.99
Psychosociale stress in het gezin	27	33,8	54	16,9	2.51
Geestelijk gezondheidsprobleem ouder(s)	10	12,7	7	2,2	5.43
Kindvariabelen					
Externaliserend gedrag	35	43,8	67	20,9	4.55
Grove motoriekproblemen	19	23,8	42	13,1	2.13
Logopedie	28	35,1	59	18,4	2.46
Geboortelengte, cm	Gem. 49,45		Gem. 50,29		0.92

Toelichting: Patiënten en controles vergeleken. Resultaten zijn gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht.
Een odds ratio van 5,37 bij een éénoudergezin betekent dat kinderen uit éénoudergezinnen ongeveer vijfmaal meer kans hebben om in contact te komen met de GGZ. Voor elk kind van groep 1 (patiënt) zijn er 4 kinderen geselecteerd met dezelfde leeftijd en geslacht (controle).

Niet alleen individuele en gezinskenmerken kunnen bepalend zijn voor GGZ- gebruik, het onderzoek wijst aan dat ook buurtkenmerken een rol spelen. Kinderen uit buurten met een laag sociaal-economische status (SES) maakten vaker gebruik van de geestelijke gezondheidszorg. Aangezien kinderen met achterstanden in spraak, taal en psychosociale ontwikkeling meer risico hebben om in contact te komen met de GGZ, is vroegtijdige onderkenning en behandeling van zeer groot belang. [33]

4.7 Ernst van de problematiek

Naast het vaststellen van de aard van de problematiek en belangrijke omgevingsfactoren die meespelen, is het zinvol om tevens een beeld te vormen van de ernst van de problematiek. De taxatie, dat wil zeggen de inschatting van de ernst door de hulpverlener, is belangrijk om een keuze te maken in de zorg die nodig is. De ernst van de problematiek kan verschillen van andere kinderen met dezelfde problematiek en is ondermeer afhankelijk van factoren in het kind, in het gezin en in de omgeving.
Het is moeilijk om een definitie te geven van wat ‘ernst van de problematiek’ precies inhoudt. Er zijn verschillende conceptuele modellen uitgewerkt die antwoord proberen te geven op deze vraag.

Rutter (1975) heeft een kader voor de taxatie van de ernst van de problematiek gepresenteerd die door vele Nederlanders is gevolgd. Hij onderscheidde hierin twee belangrijke aspecten aan de ernst:

- De abnormaliteit van het probleemgedrag; de mate waarin gedrag qua patroon en/of frequentie afwijkend is van wat op basis van leeftijd, context en sekse als normaal wordt beschouwd.
- De gevolgen van het probleemgedrag; de mate waarin het gedrag een beperking oplevert voor de sociale functies.

De visie van Rutter is dat de gevolgen van het probleem uiteindelijk van meer belang zijn bij de diagnostische analyse dan het probleem zelf.
Figuur 5 geeft een overzicht weer van de criteria die volgens Rutter een rol spelen bij de inschatting van de ernst van de problematiek.

[33] Trimbos instituut- *Verkenningen in de Kinder- en Jeugdpsychiatrie*- 2006

Figuur 5. Aandachtspunten volgens Rutter (1975)*[34]

Criteria voor abnormaliteit	
1. Leeftijd:	Past het probleemgedrag bij de leeftijd en de sekse?
2. Persistentie:	Komt het probleemgedrag langer voor dan gebruikelijk?
3. Levensomstandigheden:	Is het probleemgedrag opvallend gelet op wat normaal aan reacties in nieuwe omstandigheden verwacht mag worden?
4. Socio-culturele context:	Is het probleemgedrag ongebruikelijk in het licht van de socio-culturele context?
5. Uitgebreidheid:	Heeft het probleemgedrag betrekking op meerdere terreinen van psychologisch functioneren?
6. Symptoomtype:	Is het probleemgedrag specifiek voor, of een symptoom van psychopathologie?
7. Frequentie en intensiteit:	Komt het probleemgedrag vaker voor dan normaal verwacht mag worden?
8. Gedragsverandering:	Is er een opvallende verandering opgetreden in het gedrag, die niet te verklaren is uit een normale stap in de ontwikkeling?
9. Situatie-specificiteit:	Is het probleemgedrag specifiek voor een bepaalde situatie of heeft het betrekking op meerdere situaties?
Criteria voor handicap (gevolgen van de problematiek)	
10. Lijdensdruk:	Lijdt het kind zelf onder het probleemgedrag?
11. Sociale belemmering:	Wordt het kind door het probleemgedrag in zijn sociaal functioneren belemmerd?
12. Ontwikkeling:	Wordt het kind door het probleemgedrag belemmerd in zijn ontwikkeling?
13. Effecten op anderen:	Leidt het probleemgedrag tot langdurige verstoring in contact en communicatie?

Pelzer, Steerneman en De Bruyn (1994; 1999) hebben als reactie op Rutter verschillende theoretische kaders en instrumenten ontwikkeld om de ernst van de problematiek van jeugdigen in kaart te brengen. Zij constateerden dat de factoren die een versterkende of juist remmende bijdrage kunnen leveren aan de ernst van de problematiek ontbraken in de criteria van Rutter. Hun voorstel was om deze factoren apart als risicofactoren en protectieve factoren aan te duidden. Op basis hiervan komen zij tot de in figuur 7 weergegeven beoordelingscriteria.

Figuur 6. Beoordelingscriteria ernst van de problematiek Pelzer, Steerneman & De Bruyn (1999)[35]

Abnormaliteit gedrag	Bijdragende factoren	Gevolgen probleemgedrag
- Niet passend bij de leeftijd - Niet passend bij sekse - Lange duur - Uitgebreidheid over de situaties van functioneren - Specificiteit van de symptomatologie - Frequentie optreden probleem - Gedragsverandering - Niet passend bij de socio-culturele context - Niet passend bij de levensomstandigheden	Risicofactoren: - Biologische kwetsbaarheid jeugdige - Pathogene gezinsrelaties - Incompetent opvoedingsklimaat - Protectieve factoren: - Adaptieve kwaliteiten jeugdige - Adaptieve kwaliteiten gezin en omgeving	- Lijdensdruk jeugdige - Sociale belemmering jeugdige - Ontwikkeling jeugdige - Gevolgen voor anderen - Gevolgen voor behandeling

Een andere aanpak van de inschatting van de zwaarte van de problematiek is het gebruik van de DSM-IV. Kenmerk van dit systeem is dat er aan de hand van criteria beoordeeld wordt of er sprake is van een stoornis en in welke mate in de zin van: 'Indien drie of meer van de volgende kenmerken aanwezig is, is er sprake van ernstige problematiek'. Daarnaast geeft as V van de DSM-IV een algemene beoordeling van het functioneren weer in psychisch, sociaal en beroepsmatig opzicht. Dit kan van nut zijn bij de planning van een behandeling, het vaststellen van behandeleffecten en voor de prognose op de langere termijn. Gekeken wordt naar het functioneren op dat moment of het

[34] Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn/ NIZW Jeugd- *Project 'Registratie ernst problematiek'. Eerste deelrapport: begrippen, doelen en instrumenten*- Utrecht, 2002.
[35] Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn/ NIZW Jeugd, 2002- *a.w.*

functioneren in het grootste deel van het afgelopen jaar. In onder andere de Jeugd-GGz wordt voor het beoordelen van het functioneren de GAF-schaal (Global Assessment of Functioning) gehanteerd. Deze schaalt loopt van 1 (voortdurend gevaar zichzelf of anderen ernstig te verwonden) tot 100 (uitmuntend functioneren in een veelheid van activiteiten, problemen lijken nooit uit de hand te lopen). Bij het vaststellen van de GAF-score mogen niet de beperkingen in functioneren meegerekend worden die het gevolg zijn van lichamelijke of omgevingsfactoren.
Na de diagnose kunnen een aantal specificaties vermeldt worden die de ernst van de problematiek en het beloop weergeven. Als op dat moment aan de criteria van de stoornis wordt voldaan, geven de specificaties 'licht', 'matig' en 'ernstig' de mate weer waarin de symptomen voorkomen. Daarnaast kunnen de specificaties 'gedeeltelijk in remmissie', 'volledig in remmissie' en 'voorgeschiedenis' vermeldt worden wanneer er slechts gedeeltelijk of niet meer aan de volledige criteria van de stoornis wordt voldaan.

4.7.1 Relatie ernst van de problematiek en benodigde zorg

De aard en ernst van de problematiek bepaalt voor een deel welke zorg er ingezet dient te worden. Zoals eerder beschreven in dit rapport is Bureau Jeugdzorg sinds de Wet op de Jeugdzorg verantwoordelijk voor de indicatiestelling van ondermeer de Jeugdhulpverlening en de Jeugd-GGz. Voor het in werktreden van deze wet is er een onderzoek uitgevoerd waarin nagegaan is op welke wijze de taxatie en de registratie van de ernst van de problematiek van cliënten die zich melden bij Bureau Jeugdzorg, gestalte kan krijgen[36] Uit dit onderzoek blijkt het volgende:
De zwaarte van de problematiek hangt samen met het type zorg dat er voor de jeugdige of het gezin geïndiceerd wordt. Bij ambulante zorg is er over het algemeen sprake van lichte problematiek, bij dagbehandeling gaat het om gemiddeld zwaardere problematiek en bij residentiële hulpverlening om de zwaarste problemen. Daarnaast speelt de aard van de problematiek tevens een rol bij het indiceren van zorg. Bij gedragsstoornissen bleek in een onderzoek van Hodges en Wong (1997) de geïndiceerde zorg ingrijpender, langer en intensiever plaats te vinden dan bij bijvoorbeeld ADHD. De prognose van de behandeling en dus de behandelbaarheid van het probleem moet ook meegenomen worden in de beslissing welke zorg nodig is. Naar aanleiding van dit onderzoek is het screeningsinstrument 'Quick-Step' ontwikkeld. Bureau Jeugdzorg is geadviseerd dit instrument te hanteren bij het beoordelen van de ernst van de problematiek en de benodigde zorg.

4.7.2 Toename problematiek?

Een actueel onderwerp en hoog op verschillende beleidsagenda's is de toenemende vraag naar hulpverlening. In de praktijk zijn er verschillende aanwijzingen dat er een toename van de problematiek is ten opzichte van de afgelopen jaren, dan wel een toename van de ernst van de problematiek. Het is moeilijk om hier objectieve uitspraken over te doen, omdat de toename (voor een deel) ook te verklaren is door de toenemende kennis en expertise op het gebied van signalering, diagnostiek en interventies. We zijn steeds beter en vroeger in staat op probleemgedrag op te sporen en het belang van het inzetten van vroegtijdige behandeling is algemeen bekend geworden. In projecten als het Diane-project van Karakter staat de vroege herkenning, diagnostiek en behandeling van Autisme Spectrum Stoornissen centraal. Deze onderzoeksprojecten zorgen ervoor dat kinderen met psychiatrische problematiek steeds eerder herkend en gediagnosticeerd gaan worden. Dit maakt dat het moeilijk is om te concluderen of de problematiek werkelijk is toegenomen, of dat de problematiek hetzelfde is gebleven, maar het aantal kinderen dat gediagnosticeerd is, is toegenomen.

Cijfers van de omvang en het gebruik van hulpverlening geven wel aan dat er een significante stijging is in het aantal gebruikers binnen de jeugdzorg. Tussen 2000 en 2004 is er een stijging van 58 procent van het aantal gebruikers van de Jeugd-GGz in de leeftijd tot en met zeventien jaar. Het overgrote deel van deze cliënten krijgt alleen ambulante hulp: 97 procent in 2000 en 92 procent in 2004.

[36] Berg, van den, Eijgenraam, van Yperen, 2002.

Figuur 7. Aantal gebruikers van Jeugd-GGz van 2000 t/m 2004 naar type zorg[37]

	2000	2001	2002	2003	2003 Incl. volw.	2004	2004 Incl. volw.
Alleen ambulant	51.637	56.802	66.701	68.027	147.161	77.920	165.316
Alleen deeltijd	46	150	106	577	788	364	544
Alleen klinisch	565	572	598	1.992	2.621	1.699	2.117
Ambulant + deeltijd	61	175	241	-	-	-	-
Ambulant + klinisch	574	845	869	-	-	-	-
(andere) combinaties	406	874	991	5.576	8.699	4.355	7.337
Totaal	53.289	59.418	69.506	76.172	159.269	84.338	175.314

Toelichting: De volwassenen die gebruik maken van de Jeugd-GGz zijn ouders van wie het kind behandeld wordt in de Jeugd-GGz. De behandeling van de volwassenen is direct gerelateerd aan de problematiek van het kind. Indien de ouders daarnaast worden behandeld voor hun eigen psychiatrische problematiek, worden ze zowel geregistreerd als gebruiker van de Jeugd-GGz als van de GGZ voor volwassenen.

Ook de vraag naar de Jeugdhulpverlening is toegenomen, welke wordt weergegeven in figuur 8. Het zorggebruik tussen 1998 en 2003 exclusief de vrij toegankelijk ambulante hulp, is toegenomen met 21 procent.

Figuur 8. Aantal gebruikers van provinciaal gefinancierde jeugdzorg van 1998 t/m 2003 naar type zorg[38]

	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Ambulant vrij toegankelijk	38.623	44.257	52.712	54.904	54.752	-
Ambulant geïndiceerd	2.114	5.753	6.740	7.761	9.999	11.472
Totaal ambulant	40.737	50.010	59.452	62.665	64.751	-
Dagbehandeling	9.020	8.301	8.491	8.670	9.276	9.298
Pleegzorg	11.566	11.738	11.646	14.081	13.852	11.647
Residentieel	17.243	17.077	17.044	16.291	16.633	16.005
Totaal	78.566	87.126	96.633	101.707	104.512	-

Meerdere organisaties hebben een visie ontwikkeld of onderzoek gedaan naar de toenemende vraag naar hulpverlening. Zo wordt er in het visiedocument van de Jeugd-GGz voor de jaren 2006-2008, aangenomen dat de komende jaren de vraag naar de Jeugd-GGz zal toenemen. Zij concluderen dat niet zozeer het aantal jeugdigen met problemen toeneemt, maar wel de ernst van de problematiek en het aantal jeugdigen dat de weg naar de hulpverlening vindt. Dit zou het gevolg zijn van de volgende maatschappelijk ontwikkelingen:

[37] Nederlands Jeugd Instituut : http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=103036&page=103059
[38] Nederlands Jeugd Instituut- *a.w.*

- Het taboe op psychische problemen neemt af bij migrantengroepen doordat zij inburgeren en emanciperen. Dit leidt tot een grotere instroom in de (ambulante) Jeugd-GGz.
- Onder invloed van maatschappelijke factoren worden de problemen van kinderen en jeugdigen die in behandeling zijn, complexer. Hierbij kan gedacht worden aan de toename van agressie en geweld en het gebruik van drugs en alcohol.
- Een afname van de draagkracht van de systemen (gezin, familie, buurt). Het aantal éénoudergezinnen neemt toe en er is minder mantelzorg beschikbaar.[39]

Of de psychische problemen onder jongeren de laatste jaren toenemen is niet duidelijk, al zijn er uit buitenlands onderzoek wel aanwijzingen voor. Resultaten van de laatste tien jaren ontbreken en het aantal Nederlandse onderzoeken hiernaar is gering. In een Engelse studie (Collishaw et al.) werd een significante stijging waargenomen voor gedragsstoornissen onder jongeren. Het aantal jongeren met ernstige gedragsproblemen was in de periode 1974-1999 verdubbeld van 7 naar 15 procent. Emotionele problemen namen significant toe in de periode 1986-1999, maar niet in de periode daarvoor. Iemand met een gedragsstoornis had in 1974 een 5,6 keer grotere kans om tevens hyperactiviteit te vertonen. In 1999 was deze kans duidelijk gestegen naar 12,7 procent. Deze uitkomsten wijzen erop dat de complexiteit van de problemen ook nog eens lijkt te zijn toegenomen.
Ook in een studie in de Verenigde Staten (Achenbach et al.) is er getracht antwoord te geven op de vraag naar de mate waarin emotionele en gedragsproblemen toenemen. De leeftijdsgroep van de steekproef was die van 7-16 jaar. De uitkomst van het onderzoek was dat de gemiddelde totale probleemscore significant steeg tussen 1976 en 1989, maar tussen 1989 en 1999 weer iets daalde. De gemiddelde probleemscore in 1999 was alsnog significant hoger dan de score in 1976.
In Nederland is er één studie bekend naar de toename van psychische problemen (Verhulst et al., 1997). De steekproef bestond uit jongeren in de leeftijd van 4-16 jaar, waarbij er twee meetmomenten waren: in 1983 en in 1993. Uit het onderzoek bleek dat er geen dramatische toename is van emotionele en gedragsproblemen in deze tijdsperiode. Een beperking van deze studie was dat er geen kinderen van allochtone ouders ondervraagd zijn.

Hoewel de vraag naar Jeugdzorg toeneemt, evenals de kennis op het gebied van signalering en diagnostiek, wordt er in het beleidsplan van de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie ook gesproken van onderbehandeling in de Jeugd-GGz. Zij noemen dat bijna de helft van de kinderen en jeugdigen die gebruik maken van de Jeugdzorg aan psychiatrische problematiek lijdt, die vaak niet herkend wordt. Daarnaast ervaren zij een toenemende vraag naar kinder- en jeugdpsychiatrische consultatie in de jeugdzorgsectoren.[40] De onderbehandeling van jeugdigen met psychiatrische problematiek wordt tevens bevestigd door een onderzoek in opdracht van het Trimbos Instituut (2006). Een groep van circa 4-5 procent van de jeugdigen wordt jaarlijks niet behandeld. Een reden zou kunnen zijn dat de problematiek nog onvoldoende herkend wordt, maar ook de capaciteit van de Jeugd-GGz zou te gering kunnen zijn.

Hoewel er geen duidelijke cijfers zijn van een toename in problematiek, wijst de vele aandacht die er voor dit onderwerp is, wel op het gegeven dat de vraag in meerdere organisaties speelt.

4.8 Samenvatting

Diagnostiek is het letterlijk door- kennen van de mechanismen die bij een individu, gegeven zijn/haar omgeving en de huidige omstandigheden, leiden tot klachten of disfunctioneren. Het diagnosticeren van kinderen gebruikt aan de hand van de DSM-IV of de DC:0-3 en kan zowel in de Jeugdhulpverlening als in de Jeugd-GGz plaatsvinden. Desondanks krijgt diagnostiek in deze twee werkvelden een andere plaats in het behandel- of hulpverleningstraject. Het echte psychiatrisch onderzoek vindt veelal plaats binnen de Jeugd-GGz, na verwijzing vanuit de huisarts of Bureau Jeugdzorg. Dit mondt vaak uit in een classificatie of diagnose, waarna de behandeling ingezet kan worden. Niet alleen de aard van de problematiek, maar tevens de ernst van de problematiek en de beschermende en belemmerende factoren in het kind en het gezin, bepalen het type zorg dat ingezet

[39] Visiedocument Jeugd-GGz- *Jeugd-GGz breed beschikbaar. Ambities voor de jaren 2006-2008*.
[40] Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. *Beleidsplan van de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie 2007-2009*

wordt. Met betrekking tot de ernst van de problematiek worden er verschillende criteria en definities gehanteerd wanneer bij de vraag wanneer problematiek ernstig is. In dit rapport wordt gesproken van ernstige problematiek indien de problematiek persistent van aard is, tot uiting komt in twee van de drie leefgebieden (gezin, school en vrije tijdsbesteding), het kind duidelijk belemmert in zijn ontwikkeling en gepaard gaat met lijden voor het kind zelf en zijn omgeving. Op basis van deze definitie is psychiatrische problematiek bij kinderen, ernstige problematiek. Tot slot is er in dit hoofdstuk stilgestaan bij een mogelijke toename van het aantal kinderen met ernstige problematiek, dan wel een toename van de ernst en complexiteit van de problematiek. Deze toename in problematiek is in onderzoeken niet significant gevonden, maar de toenemende vraag naar Jeugdzorg, de verbeterde diagnostiek en bredere DSM- criteria wijzen wel op een toenemend besef van het belang van diagnostiek en behandeling.

5 Onderzoeksresultaten

In dit hoofdstuk worden de onderzoeksresultaten van het dossieronderzoek, de vragenlijsten en de interviews weergegeven. Paragraaf 1 geeft de resultaten weer van het dossieronderzoek. Dit onderzoek geeft inzicht in de kenmerken van de aangemelde kinderen en een mogelijk verschil in het aantal kinderen met diagnose/classificatie.[41] Daarmee geeft het antwoord op een deel van onderzoeksvraag 2: 'Welke invloed heeft het aantal kinderen met psychiatrische problematiek dat doorverwezen wordt naar De Zevenster, op de populatie binnen de dagbehandelingsgroepen?' Het is belangrijk om te benadrukken dat dit onderzoek zich richt op slechts een klein deel van de populatie, namelijk de kinderen met een diagnose of een vermoeden daarvan. Door middel van het dossieronderzoek wordt tevens antwoord gegeven op de subvragen: (1) 'Wat is veelvoorkomende problematiek bij jonge kinderen? en (2) Hoe groot is de toename van het aantal kinderen met een DSM- classificatie of een vermoeden van psychiatrische problematiek , uitgaande van het jaar 2007 in vergelijking met het jaar 2003?'
Paragraaf 2 geeft de resultaten weer van de vragenlijsten die zijn verspreid onder alle pedagogisch medewerkers en behandelcoördinatoren van De Zevenster. Deze resultaten geven een beeld van de zwaarte van de problematiek binnen de dagbehandelingsgroepen en de invloed die het aantal kinderen met psychiatrische problematiek heeft op de in te zetten behandeling. Daarnaast geven de resultaten specifiek antwoord op de subvragen: (5) Bij welke problematiek wordt er een grensgebied ervaren tussen een 'dagbehandeling jonge kind' in de Jeugdhulpverlening enerzijds en een behandeling in de Jeugd-GGz anderzijds? en (6) Hoe wordt de behandeling van kinderen met (een vermoeden van) psychiatrische problematiek ervaren door de medewerkers van De Zevenster binnen de dagbehandelingsgroepen?
Paragraaf 3 geeft de resultaten weer van de interviews met Bureau Jeugdzorg Gelderland en Utrecht en Karakter Arnhem (Jeugd-GGz). Daarmee geeft het antwoord op onderzoeksvraag 1: 'Welke keuzes maakt Bureau Jeugdzorg in het doorverwijzen van jonge kinderen in de leeftijd van twee tot zeven jaar met ernstige problematiek naar De Zevenster of naar de Jeugd-GGz?' Het interview met Karakter geeft inzicht in het onderscheid tussen de 'dagbehandeling jonge kind' enerzijds en de Jeugd-GGz anderzijds. Daarnaast geeft het specifiek antwoord op een deel van subvraag 4:' Wat zijn indicaties en contra-indicaties voor plaatsing van een kind in een behandelvorm van Karakter?'

Hieronder volgt een weergave van de verhouding respons- non-respons m.b.t. de vragenlijsten:

Pedagogisch medewerkers:

	Onderzoeks-populatie	Respons	Non-Respons
Fuut	4	3	1
Korenbloem	3	1	2
Vogelnest	3	3	0
Tureluur	3	1	2
Anemoon	3	3	0
Fluitekruid	3	3	0
Totaal	**19**	**14**	**5**

Behandelcoördinatoren:

	Onderzoeks-Populatie	Respons	Non-Respons
Fuut/ Anemoon	2	2	0
Fluitekruid/ Korenbloem	1	1	0
Vogelnest/ Tureluur	2	1	1
De Linde	1	1	0
Totaal	**6**	**5**	**1**

[41] Dit zijn kinderen waarbij vastgesteld is dat er sprake is van psychiatrische problematiek. In dit rapport zal verder gesproken worden over kinderen met diagnose. Hieronder vallen tevens de kinderen met enkel een classificatie.

5.1 Dossieronderzoek

Kenmerken van de onderzoekspopulatie:
De onderzoeksgroep bestaat uit alle kinderen die gestart zijn met de dagbehandeling in het jaar 2003 (n= 30) en 2007 (n=34). Deze kinderen zijn in het jaar 2003 doorverwezen door verschillende instanties. Vanwege het in werktreden van de Wet op de Jeugdzorg zijn in het jaar 2007 alle kinderen doorverwezen vanuit Bureau Jeugdzorg Utrecht (n=14) of Bureau Jeugdzorg Gelderland (n=20). De kinderen zijn vervolgens geplaatst in één van de dagbehandelingsgroepen. In het jaar 2003 waren er vijf dagbehandelingsgroepen (Tureluur, Anemoon, Fuut, Fluitekruid en Korenbloem). In het jaar 2007 konden de kinderen naast deze vijf groepen tevens geplaatst worden in het Vogelnest of de Linde (een onderwijs- behandelgroep). Het merendeel van de kinderen komt zowel in het jaar 2003 als in het jaar 2007 uit een biologisch tweeoudergezin (respectievelijk 76,7% en 67,6%). Verder kwamen in 2003 vier kinderen uit een pleeggezin (13,3%), twee kinderen uit een éénoudergezin (6,7%) en één kind uit een adoptiegezin (3,3%). In het jaar 2007 kwamen vijf kinderen uit een éénoudergezin (14,7%), drie kinderen uit een pleeggezin (8,8%), twee kinderen uit een samengesteld gezin (5,9%) en één kind uit een leefgroep (2,9%). Uit de analyses bleek dat er bij veel kinderen sprake was van een combinatie van kind- en gezinsproblematiek. Naast een gestelde diagnose bij het kind was er bijvoorbeeld ook sprake van psychiatrische problematiek bij één of beide ouders, een AMK- melding, een ondertoezichtstelling (OTS) of medische problematiek. Kinderen met een belaste voorgeschiedenis van seksueel misbruik, mishandeling of andere gezinsproblematiek (bijvoorbeeld KOPP) pasten soms binnen een DSM- classificatie, terwijl het gedrag voornamelijk leek voort te komen als reactie op omgevingsfactoren. De classificatie is bij deze kinderen toch gesteld, met een aantekening van de waarschijnlijke oorzaak van het gedrag. Vanwege de jonge leeftijd waarop de diagnose is gesteld kunnen er nauwelijks uitspraken gedaan worden over de prognose. Tijdens de analyse bleek bijvoorbeeld bij één kind sprake te zijn van psychiatrische problematiek waardoor hij wel meegenomen is in de resultaten, maar na de analyse niet meer te voldoen aan de eerder gestelde diagnoses. De resultaten zijn een momentopname.

5.1.1 Analyse dossiers

Het geslacht van de kinderen:

In het jaar 2003 was 60% van de kinderen een jongen en 40% een meisje. In het jaar 2007 is een duidelijke stijging te zien van het aantal jongens; 85,3% is een jongen en slechts 14,7% een meisje. Dit is een verschil van 25,3% ten opzichte van het jaar 2003.

2003		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Jongen	18	60,0	60,0	60,0
	Meisje	12	40,0	40,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

2007		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Jongen	29	85,3	85,3	85,3
	Meisje	5	14,7	14,7	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

Leeftijd bij opname en duur behandeling in dagen:

Het jongste kind dat opgenomen is in 2003 is 2.0 jaar en het oudste kind is 5,9 jaar. De gemiddelde leeftijd bij opname van de kinderen in 2003 is 4,0 jaar. De gemiddelde duur van de behandeling in 2003 is 615 dagen. Het jongste kind dat opgenomen is in 2007 is 2.1 jaar en het oudste kind is 6.2 jaar. De gemiddelde leeftijd bij opname in 2007 is 3,8 jaar. Met betrekking tot de duur van de behandeling in 2007 zijn geen conclusies te trekken, aangezien de meeste kinderen die gestart zijn in 2007 op het moment van de analyse nog in behandeling waren.

2003	N	Minimum	Maximum	Mean
Leeftijd bij opname	30	2,0	5,9	4,055
Duur behandeling in dagen	30	109	1128	615,30
Valid N (listwise)	30			

2007	N	Minimum	Maximum	Mean
Leeftijd op opname	34	2,1	6,2	3,767
Duur behandeling in dagen op 25-02-08	34	91	476	239,76*
Valid N (listwise)	34			

De aanwezigheid van een diagnose/classificatie:

In 2003 hadden 8 van de 30 kinderen een diagnose. Dit houdt in dat 26,7% van alle kinderen één of meerdere psychiatrische stoornissen heeft. In 2007 is dit percentage gestegen naar 35,3 procent. In totaal had in 2007 50,0% een diagnose of vermoeden van[42] psychiatrische problematiek, ten opzichte van 33,4% in het jaar 2003. Dit veronderstelt een stijging van 16,6%.

2003		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nee	20	66,7	66,7	66,7
	Ja	8	26,7	26,7	93,3
	Vermoeden van	2	6,7	6,7	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

2007		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Nee	17	50,0	50,0	50,0
	Ja	12	35,3	35,3	85,3
	Vermoeden van	5	14,7	14,7	100,0
	Total	34	100,0	100,0	

Verband duur behandeling en aanwezigheid diagnose:

Kinderen met diagnose worden gemiddeld korter behandeld of eerder doorverwezen dan kinderen zonder diagnose. Uit de gegevens blijkt dat de gemiddelde duur van de behandeling in 2003 van de kinderen met diagnose 476 dagen is, ten opzichte van 666 dagen bij de kinderen zonder diagnose. Ditzelfde beeld laat 2007 ook zien, al kunnen hieruit geen conclusies getrokken worden

2003	Gemiddelde behandeltijd
Diagnose Ja	476 dagen
Nee	666 dagen

2007	Gemiddelde behandeltijd
Diagnose Ja	220 dagen*
Nee	251dagen*

* Geen afgesloten behandelingen.

[42] In dit rapport wordt enkel van vermoedens van psychiatrische problematiek gesproken wanneer het kind doorverwezen is voor kinderpsychiatrisch onderzoek of wanneer er gesproken wordt over duidelijke aanwijzingen van een Reactieve hechtingsstoornis.

aangezien de behandeling van het merendeel van deze kinderen nog niet afgesloten is.

Verband leeftijd bij opname en aanwezigheid diagnose/classificatie:

De gemiddelde leeftijd bij opname van kinderen met diagnose ligt zowel in 2003 als 2007 op 4,2 jaar. De gemiddelde leeftijd bij opname van de kinderen zonder diagnose is echter wel gedaald; van 4,0 jaar in 2003 tot 3,5 jaar in 2007. Bij het merendeel van deze kinderen is de diagnose voor plaatsing gesteld, wat inhoudelijk betekent dat deze kinderen voor de leeftijd van 4,2 jaar dus al een diagnose hebben.

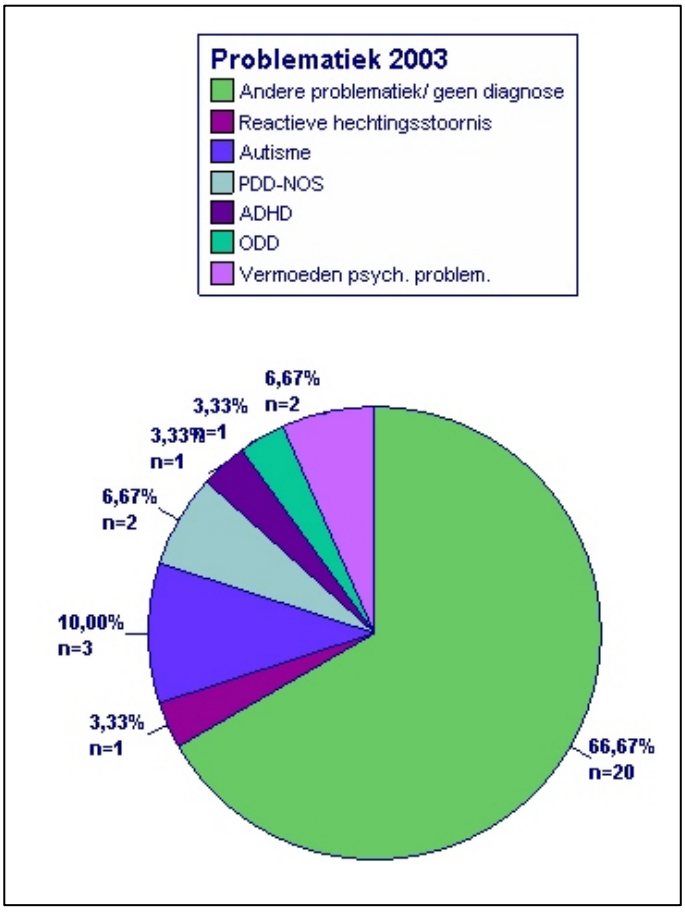
2003		Gemiddelde leeftijd bij opname
Diagnose	Ja	4,2 jaar
	Nee	4,0 jaar

2007		Gemiddelde leeftijd bij opname
Diagnose	Ja	4,2 jaar
	Nee	3,5 jaar

Het type diagnose/classificatie in 2003:

In het jaar 2003 hebben 20 van de 30 kinderen (66,7%) geen diagnose of vermoeden van psychiatrische problematiek. Daarbij is er bij 10 van de 30 kinderen dus wel sprake van een diagnose of vermoeden van psychiatrische problematiek (33,3%). In de grafiek is te zien dat er bij de meeste kinderen met diagnose sprake is van ASS (Autisme: n=3 en PDD-NOS: n=2). Bij drie kinderen was er sprake van co-morbiditeit: PDD-NOS in combinatie met ADHD (n=2) en de reactieve hechtingsstoornis in combinatie met een gedragsstoornis niet anders omschreven (n=1).

Bij twee kinderen van de 30 kinderen was er een vermoeden van psychiatrische problematiek (6,7%). Bij beide kinderen ging het om een vermoeden van Autisme Spectrum Problematiek (ASS).



Problematiek per behandelgroep in 2003:

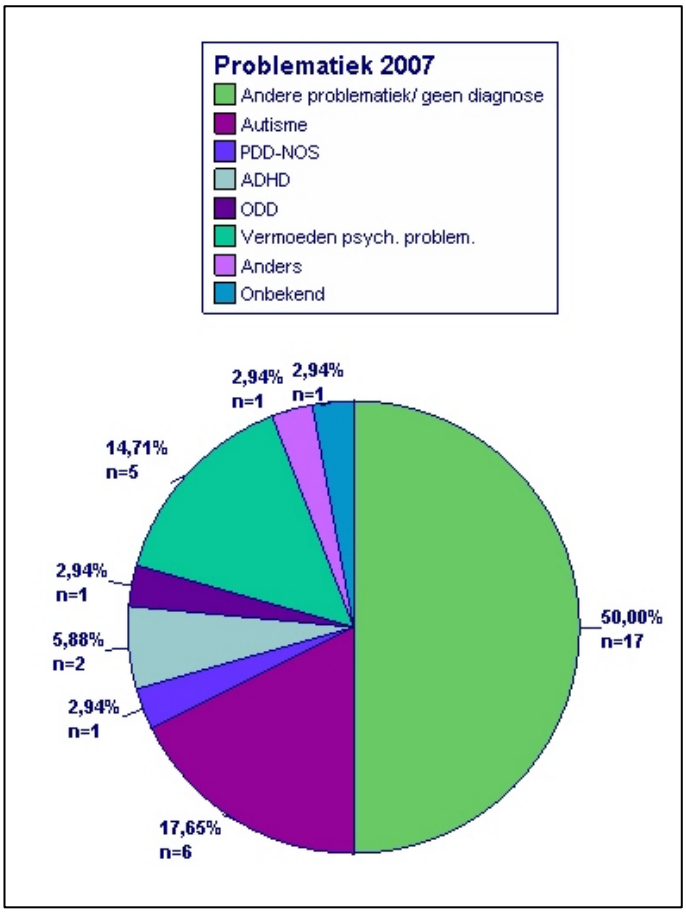
Count

	Problematiek							Total
	Andere problematiek/ geen diagnose	Reactieve hechtings stoornis	Autisme	PDD-NOS	ADHD	ODD	Vermoeden psych. problem.	
Fuut	6	0	0	0	0	1	0	7
Tureluur	0	0	3	1	0	0	1	5
Anemoon	7	0	0	0	0	0	0	7
Fluitekruid	2	0	0	1	0	0	0	3
Korenbloem	5	1	0	0	1	0	1	8
Total	20	1	3	2	1	1	2	30

Hierboven is de problematiek per behandelgroep weergegeven van de kinderen die gestart zijn met de behandeling in 2003. In totaal zijn er 30 kinderen gestart; waarvan zeven kinderen op de Fuut, vijf kinderen op de Tureluur, zeven kinderen op de Anemoon, drie kinderen op de Fluitekruid en acht kinderen op de Korenbloem. Uit de tabel blijkt dat de meeste kinderen met psychiatrische problematiek in 2003 op de Tureluur zijn geplaatst (vijf van de vijf kinderen). Dit heeft grotendeels te maken met het feit dat de Tureluur een specifieke ASS-groep is. De Korenbloem is na de Tureluur de groep met het hoogste percentage kinderen met een diagnose of vermoeden van (drie van de acht kinderen).

Het type diagnose/classificatie in 2007:

In het jaar 2007 hebben 17 van de 34 kinderen (50,0%) geen diagnose of vermoeden van psychiatrische problematiek. Daarbij is er dus bij 17 van de 34 kinderen wel sprake van een diagnose of vermoeden van psychiatrische problematiek (50,0%). Ook in dit jaar is er bij de meeste kinderen met diagnose sprake van ASS (Autisme: n=6 en PDD-NOS: n=1). Bij twee kinderen was er sprake van co-morbiditeit: PDD-NOS in combinatie met ADHD (n=1) en ADHD in combinatie met ODD (n=1).
Bij één kind was er sprake van een niet verder gespecificeerde stoornis, in de grafiek te zien onder de categorie 'anders'. Tevens was er bij één kind wel een diagnose gesteld, maar niet bekend in het papieren dossier.



Er is een grote groep kinderen met een vermoeden van psychiatrische problematiek, aangezien het merendeel van deze kinderen op het moment van analyse nog in behandeling waren. Bij deze kinderen kan er dus uiteindelijk wel of geen diagnose gesteld worden. De groep kinderen met een vermoeden van

psychiatrische problematiek bestaat uit: één kind dat is doorverwezen naar Symfora voor een vermoeden van ASS, twee kinderen met forse hechtingsproblematiek waarbij er vermoedens zijn van een reactieve hechtingsstoornis en twee kinderen die doorverwezen zijn naar het UMC met een vermoeden van psychiatrische problematiek.

Problematiek per behandelgroep in 2007:

Count

	Problematiek								Total
	Andere problematiek/ geen diagnose	Autisme	PDD-NOS	ADHD	ODD	Vermoeden psych. problem.	Anders	Onbekend	
Fuut	5	1	0	0	0	1	0	0	7
Vogelnest	2	0	0	0	0	1	0	1	4
Tureluur	0	3	0	0	0	0	0	0	3
Anemoon	1	0	1	2	0	1	0	0	5
Fluitekruid	3	1	0	0	0	0	0	0	4
Korenbloem	4	1	0	0	1	2	1	0	9
De Linde	2	0	0	0	0	0	0	0	2
Total	17	6	1	2	1	5	1	1	34

In de tabel is de problematiek per behandelgroep weergegeven van de kinderen die gestart zijn met de behandeling in het jaar 2007. In totaal zijn er 34 kinderen geplaatst waarvan drie op de Fuut, vier op het Vogelnest, drie op de Tureluur, vijf op de Anemoon, vier op de Fluitekruid, negen op de Korenbloem en twee op de Linde. Uit de tabel blijkt dat de meeste kinderen met diagnose of vermoeden van geplaatst zijn op de Tureluur (drie van de drie), de Anemoon (vier van de vijf kinderen) of op de Korenbloem (vijf van de negen kinderen).

Verband problematiek en geslacht 2003:

		Diagnose aanwezig 2003			
		Nee		Ja	
		Count	Row %	Count	Row %
Geslacht	jongen	13	72,2%	5	27,8%
	meisje	9	75,0%	3	25,0%

In het jaar 2003 was er bijna geen verschil in het aantal jongens en meisjes met een diagnose. Van de kinderen met diagnose was 27,8% een jongen en 25,0% een meisje. De problematieken die voorkwamen bij meisjes waren Autisme (n=1), PDD-NOS (n=1) en ADHD (n=1). Bij de jongens met diagnose was er sprake van een reactieve hechtingsstoornis (n=1), Autisme (n=2), PDD-NOS (n=1) en ODD (n=1). Deze gegevens zijn opvallend omdat bekend is dat bepaalde stoornissen vaker voorkomen bij jongens dan bij meisjes.

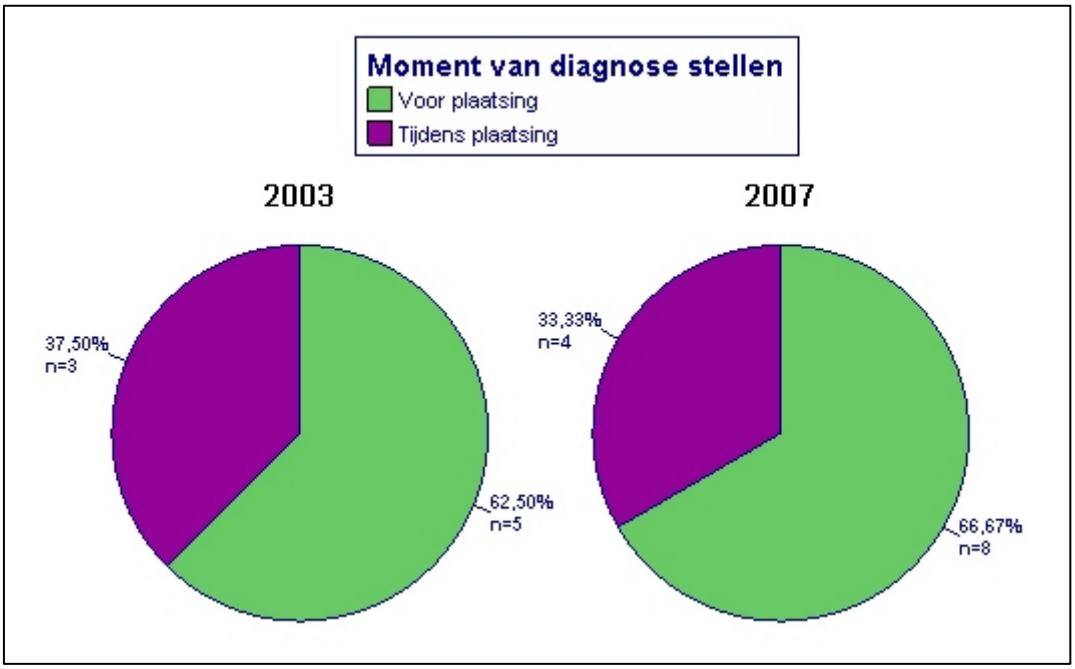
Verband problematiek en geslacht 2007:

		Diagnose aanwezig 2007			
		Nee		Ja	
		Count	Row %	Count	Row %
Geslacht	jongen	17	58,6%	12	41,4%
	meisje	5	100,0%		

In het jaar 2007 is er een duidelijk verschil in de verhouding jongens- meisjes met diagnose. In de tabel hiernaast is te zien dat alle kinderen met een diagnose een jongen is; daarentegen heeft geen enkel meisje een diagnose. In eerder weergegeven tabellen was te zien dat het percentage meisjes tussen 2003 en 2007

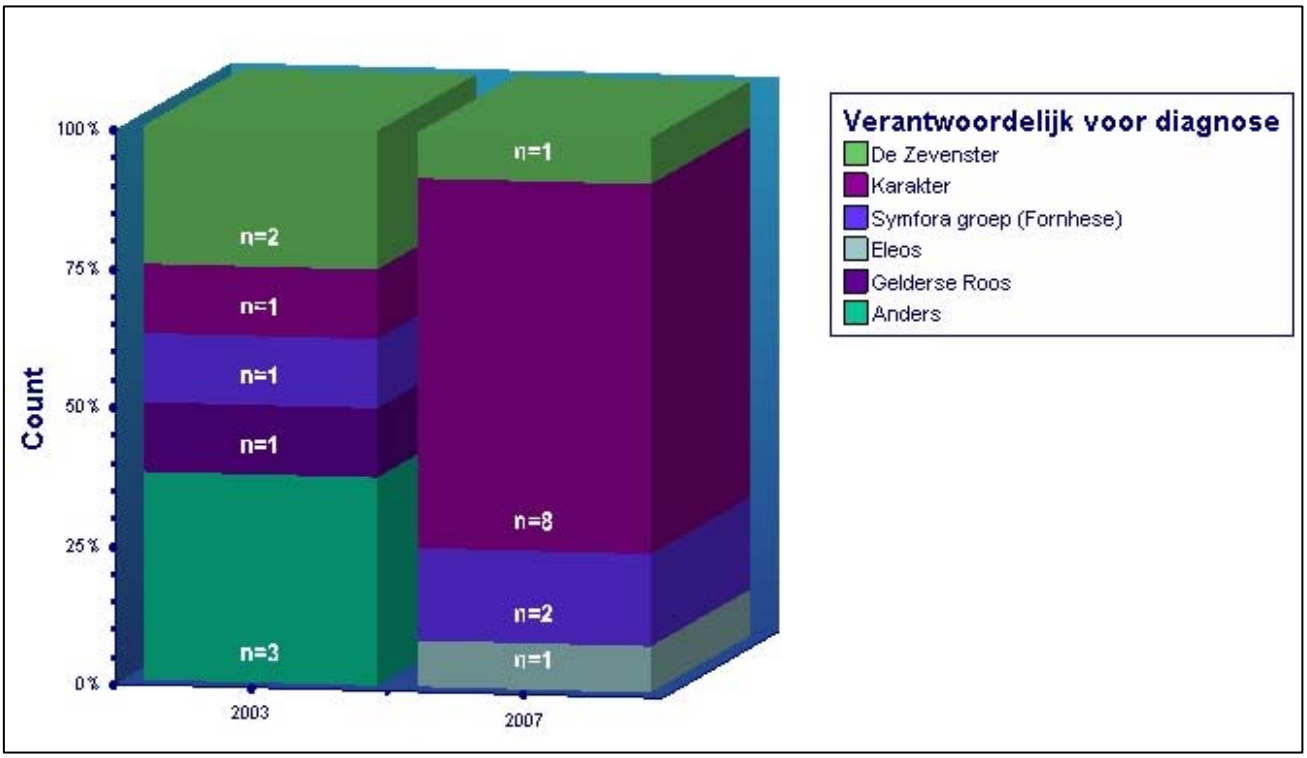
ook flink gedaald is (van 40% naar 14,7%). Desondanks is deze daling niet de oorzaak van de afname van het aantal meisjes met psychiatrische problematiek, omdat alle gegevens gecorrigeerd zijn voor het aantal respondenten.

Moment van diagnose stellen:



Deze gegevens hebben betrekking op de kinderen waarbij er een diagnose is gesteld (n=8 in 2003 en n=12 in 2007). De Zevenster ervaart dat steeds meer kinderen een diagnose hebben voor plaatsing (zie probleemstelling). Uit het dossieronderzoek blijkt dat het verschil tussen 2003 en 2007 slechts minimaal is. In het jaar 2003 had 62,5% van de kinderen met diagnose deze voor plaatsing gekregen. Dit percentage ligt in 2007 op 66,7%. Dit is een verschil van 4,2% ten opzichte van het jaar 2003. Daarnaast is er nog een kans dat er binnen de groep kinderen met vermoedens van psychiatrische problematiek in 2007, tevens kinderen zitten waarbij er tijdens de behandeling nog een diagnose gesteld gaat worden. Inhoudelijk betekent dit dat er geen of slechts minimaal verschil is tussen 2003 en 2007. In deze gegevens is echter niet het moment van indicatie voor de GGZ meegenomen. Het is mogelijk dat Bureau Jeugdzorg in het jaar 2007 tegelijkertijd een indicatie voor De Zevenster en voor de GGZ heeft afgegeven. Afhankelijk van de wachttijden betekent dit dat het kind eerst op De Zevenster wordt geplaatst en er tijdens de plaatsing kinderpsychiatrisch onderzoek plaatsvindt bij de GGZ. De indicatie voor kinderpsychiatrisch onderzoek wordt dus voor plaatsing gegeven, terwijl het kind tijdens de plaatsing pas de diagnose krijgt.

Verantwoordelijk voor diagnose/classificatie:



In het jaar 2003 zijn de meeste kinderen onderzocht door instellingen buiten de provincie (categorie 'anders', 37,5%). Twee kinderen hebben een classificatie gekregen binnen De Zevenster. In het jaar 2007 zijn verreweg de meeste kinderen onderzocht door Karakter (66,7%). Twee kinderen hebben een diagnose gekregen door Fornhese (16,7%), één kind door Eleos (8,3%) en één kind door De Zevenster (8,3%).

Onderzoeksverslag aanwezig:

		Onderzoeksverslag aanwezig		
		ja	nee	Total
2003	Count (N)	6	2	8
	%	75,0%	25,0%	100,0%
2007	Count (N)	7	5	12
	%	58,3%	41,7%	100,0%

In 2003 was bij zes van de acht kinderen met diagnose het onderzoeksverslag wel aanwezig (75%). In 2007 lag dit percentage op 58,3%. Opvallend is dat bij alle kinderen die een diagnose hebben gekregen door De Zevenster het onderzoeksverslag met een beschrijving van de DSM-IV codes, niet aanwezig is. Bij een enkeling van de kinderen in 2007 was op het moment van analyse de uitslag van het kinderpsychiatrisch onderzoek net bekend gemaakt, waardoor de mogelijkheid bestaat dat het onderzoeksverslag alsnog opgestuurd wordt.

Consult kinderpsychiater geraadpleegd:
De Zevenster had zowel in jaar 2003 als in jaar 2007 de mogelijkheid om een kinderpsychiater van Symfora (Fornhese) te consulteren bij vragen omtrent diagnostiek, behandeling, medicatie en/of doorverwijzing. In het jaar 2003 is er vier keer gebruik gemaakt van dit consult. Bij drie kinderen waren er vragen rondom diagnostiek of medicatie, bij één kind was er sprake van andere problematiek (vermoedens van seksueel misbruik en mishandeling).

In het jaar 2007 is er slechts éénmaal gebruik gemaakt van het consult. Dit verschil in consultatie van de kinderpsychiater tussen 2003 en 2007 is opvallend, aangezien het percentage kinderen met (vermoedens van) psychiatrische problematiek in 2007 hoger ligt als in 2003. Een reden dat het consult minder geraadpleegd wordt, zou kunnen zijn dat er meer contacten zijn met overige instellingen (Karakter, UMC spreekuur voor jonge kinderen) en er makkelijker doorverwezen kan worden.

5.1.2 Conclusies dossieranalyse 2003 en 2007

Algemene kenmerken

- De verhouding jongen- meisje laat in het jaar 2007 een geheel ander beeld zien als in 2003. In het jaar 2007 was 85,3% van de aangemelde kinderen een jongen ten opzichte van 60% in het jaar 2003. Dit is een stijging van 25,3%. Het is mogelijk dat de stijging van het aantal jongens in verband staat met de stijging van het aantal kinderen met diagnose of een vermoeden daarvan.
- Het voorkomen van psychiatrische problematiek staat in het jaar 2007 duidelijk in verband met het geslacht; alle kinderen met een diagnose waren een jongen. In het jaar 2003 was er echter minimaal verschil in de verhouding jongen- meisje bij de kinderen met diagnose; 27,8% was jongen en 25,0% was een meisje.
- Kinderen met diagnose zijn gemiddeld ouder bij de opname dan kinderen zonder diagnose. In het jaar 2003 was dit verschil 0,2 jaar (zonder diagnose= 4,0 jaar en met diagnose 4,2 jaar); in het jaar 2007 was dit verschil 0,7 jaar (zonder diagnose= 3,5 jaar en met diagnose 4,2 jaar). Uit deze gegevens blijkt ook dat de gemiddelde leeftijd bij opname van de kinderen zonder diagnose met 0,5 jaar gedaald is in het jaar 2007 t.o.v. het jaar 2003, maar bij de kinderen met diagnose gelijk is gebleven.
- Bij 62,5% in het jaar 2003 en 66,7% in het jaar 2007 van de kinderen met diagnose, is deze gesteld voor de leeftijd van 4,2 jaar. Bij de overige kinderen met diagnose is deze tijdens plaatsing gesteld.
- De duur van de behandeling is bij kinderen met diagnose gemiddeld korter dan de kinderen zonder diagnose. In het jaar 2003 lag dit verschil op gemiddeld 190 dagen (zonder diagnose= 666 en met diagnose= 476). Kinderen met diagnose worden dus sneller doorverwezen naar (speciaal) onderwijs of een andere behandelvorm dan kinderen zonder diagnose. Met betrekking tot de gemiddelde duur van de behandeling in 2007 zijn geen conclusies te trekken, aangezien het niet gaat om afgesloten behandelingen.

Verschil aantal kinderen met diagnose

- Het aantal kinderen met diagnose is gestegen met 8,6%. In 2003 had 26,7% van alle kinderen een diagnose; in 2007 lag dit percentage op 35,3%. Aangezien het merendeel van de kinderen uit het jaar 2007 op het moment van de analyse nog in behandeling waren, is het belangrijk het percentage vermoedens van psychiatrische problematiek mee te rekenen in deze vergelijking. Van deze groep kunnen namelijk een aantal kinderen uiteindelijk nog een diagnose krijgen. In totaal heeft 50,0% van de kinderen uit het jaar 2007 een diagnose of vermoeden van psychiatrische problematiek t.o.v. 33,4% in het jaar 2003. Dit veronderstelt een stijging van 16,6%.
- Ten aanzien van het type problematiek is het aantal vermoedens van psychiatrische problematiek gestegen met 8% en het aantal kinderen met Autisme gestegen met 7,6%. Andere problematieken komen in beide jaren slechts enkele malen voor.

Verband problematiek en type klimaatgroep

- Het aantal kinderen met psychiatrische problematiek lijkt duidelijk samen te hangen met het type klimaatgroep. In het jaar 2003 waren de meeste kinderen met diagnose geplaatst op de Tureluur, een specifieke groep voor kinderen met ASS. Na de Tureluur was de Korenbloem de groep met het hoogste percentage kinderen met diagnose (drie van de acht kinderen). In het jaar 2007 is daar een derde groep bijgekomen; de Anemoon. In deze groep ging het bij 80% van de plaatsingen om kinderen met een diagnose of vermoeden van t.o.v. geen enkel

kind in 2003 (0%). Overige groepen hebben zowel in het jaar 2003 als in het jaar 2007 steeds één of twee kinderen met diagnose of vermoeden van.

Diagnostiek

- Ten aanzien van het moment van diagnose stellen (voor plaatsing of tijdens plaatsing) is er geen of slechts minimaal verschil tussen 2003 en 2007. In beide jaren is het merendeel van de diagnoses voor plaatsing gesteld; in 2003 ging het om 62,5% van de kinderen en in 2007 lag dit percentage op 66,7%. Daarnaast bestaat de mogelijkheid dat dit laatste percentage daalt, aangezien de kinderen met een vermoeden van psychiatrische problematiek tijdens de plaatsing nog een diagnose kunnen krijgen.
- De meeste kinderen in het jaar 2007 zijn onderzocht door Karakter en hebben door deze organisatie een diagnose gekregen. In het jaar 2003 was er slechts één kind onderzocht door Karakter. Een gering aantal kinderen met diagnose heeft deze gekregen door De Zevenster (2003: n=2 en 2007: n=1).
- Bij het merendeel van de kinderen in het jaar 2003 was het onderzoeksverslag aanwezig (75%); in het jaar 2007 lag dit percentage op 58,3%. Bij alle kinderen die onderzocht zijn door De Zevenster en hier de diagnose hebben gekregen, was er geen onderzoeksverslag aanwezig in het papieren dossier.

Consult kinderpsychiater

- Hoewel het aantal kinderen met diagnose gestegen is in het jaar 2007 t.o.v. van het jaar 2003, is de frequentie van het gebruik van het consult gedaald. In 2003 was het consult vier maal geraadpleegd; in 2007 was dit slechts éénmaal.

5.2 Analyse vragenlijsten

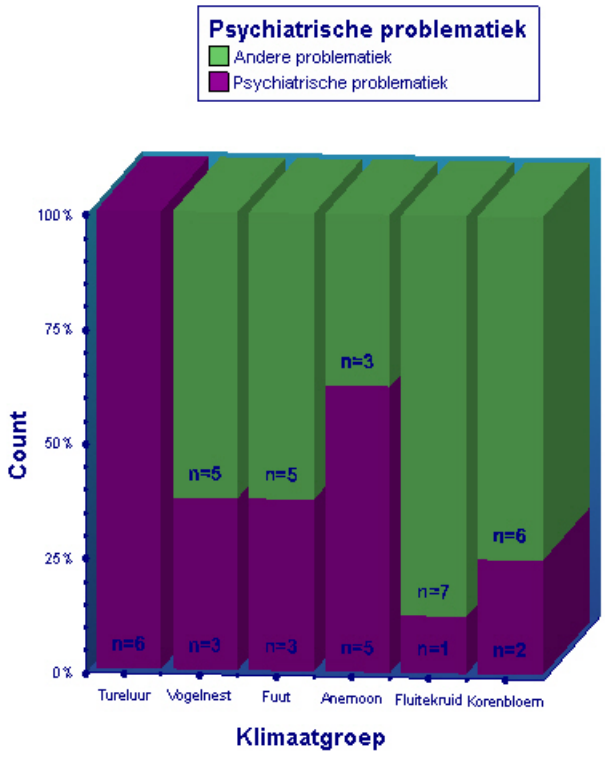
Kenmerken van de onderzoekspopulatie:
De onderzoeksgroep bestaat uit de pedagogisch medewerkers (n= 14) en behandelcoördinatoren (n=5) die betrokken zijn bij de dagbehandelingsgroepen. Voor een compleet overzicht van de verhouding respons- non-respons verwijs ik naar pagina 41. Het merendeel van de medewerkers is tien jaar of langer in dienst (42,1%). Daarnaast is 26,3% twee tot vijf jaar in dienst, 21,1% nul tot twee jaar in dienst, 5,3% vijf tot zeven jaar in dienst en is tevens 5,3% van de medewerkers zeven tot tien jaar in dienst. Van alle respondenten (zowel pedagogisch medewerkers als behandelcoördinatoren) hebben zes medewerkers eerdere werkervaring in de Jeugd-GGz. Twee van deze zes medewerkers hebben ervaring in een deeltijdkliniek en de overige vier medewerkers hebben gewerkt binnen een leefgroep voor klinische opname. De medewerkers ervaren weinig onderscheid tot een aantal verschillen in problematiek, visie en behandelwijze tussen de dagbehandeling jonge kind en de Jeugd-GGz. De verschillen hebben betrekking op de beschikbare disciplines (binnen de Jeugd-GGz is een kinderpsychiater en gezinstherapeut aanwezig en de behandelcoördinator was meer op de groep voor handreikingen) en op de behandelwijze binnen de Jeugd-GGz (er werd minder/niet vanuit het gezin gewerkt, kinderen werden sneller gediagnosticeerd en doorgeplaatst, de behandeling was meer medisch ingesteld, er wordt sneller medicatie gegeven en er werden meer verschillende behandelmethodes ingezet, zoals individuele therapie). Verschillen in problematiek zoals aangegeven door de respondenten hadden voornamelijk betrekking op de leeftijd van het kind; Borderline-problematiek en hallucinaties werden bij oudere kinderen in de Jeugd-GGz gesignaleerd en de overige problematieken komen sterk overheen met de populatie binnen de dagbehandeling. Ten slotte heeft een medewerker aangegeven grote verschillen opgemerkt te hebben in personele inzet.

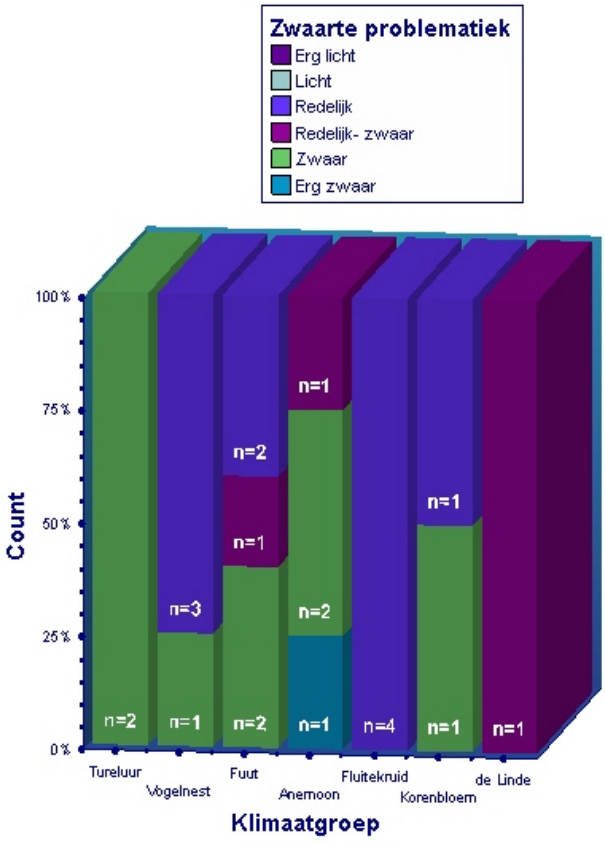
5.2.1 Resultaten vragenlijsten

Verband aantal kinderen met psychiatrische problematiek en zwaarte van de problematiek:
Zowel aan de pedagogisch medewerkers als aan de behandelcoördinatoren is gevraagd een schatting te geven van het aantal kinderen met psychiatrische problematiek of vermoeden van op dit moment

binnen de dagbehandelingsgroep(en) waar ze werkzaam zijn. Uit de analyse blijkt dat er in de meeste groepen overeenstemming is wat betreft het aantal kinderen met diagnose; de antwoorden van de pedagogisch medewerkers en de behandelcoördinatoren kwamen overeen met elkaar. Binnen één groep hadden echter alle pedagogisch medewerkers een ander antwoord gegeven op deze vraag. Hieruit blijkt dat het niet altijd duidelijk is wat onder psychiatrische problematiek wordt verstaan, of dat er verschil in mening is over vermoedens bij desbetreffende kinderen en deze wellicht onvoldoende gecommuniceerd worden naar elkaar. De uitkomsten in onderstaande grafiek zijn geen harde cijfers, maar geven de ervaring en visie weer van de pedagogisch medewerkers en behandelcoördinatoren op het aantal kinderen met psychiatrische problematiek. De Tureluur is de groep met het hoogste aantal kinderen met psychiatrische problematiek (n=6). Hierna komt de Anemoon met vijf van de acht kinderen. De Fluitekruid is de groep met het minst aantal kinderen met psychiatrische problematiek (n=1).

Aan alle respondenten is tevens gevraagd aan te geven hoe zij de zwaarte van de problematiek ervaren binnen de dagbehandelingsgroep waar ze werkzaam zijn. De keuzemogelijkheden waren: erg licht, redelijk, zwaar en erg zwaar. Een aantal respondenten heeft echter zowel het vakje redelijk als zwaar aangekruist, waardoor een extra keuzemogelijkheid ontstond. Er moet rekening gehouden worden met dit gegeven omdat dit de betrouwbaarheid van de vraag beïnvloedt.
De medewerkers van de Zevenster ervaren de zwaarte van de problematiek als redelijk tot erg zwaar. In totaal ervaren acht pedagogisch medewerkers de zwaarte van de problematiek als redelijk, twee als redelijk- zwaar, twee als zwaar en één als erg zwaar. Van de behandelcoördinatoren ervaart het merendeel de zwaarte van de problematiek als zwaar (n=3).





Wanneer de gegevens van het aantal kinderen met psychiatrische problematiek naast de gegevens m.b.t. de ervaring van de zwaarte van de problematiek wordt gelegd, lijkt er een verband te zijn. De groepen waarin het meest aantal kinderen met psychiatrische problematiek voorkomt (Tureluur, Anemoon) wordt de problematiek ook als redelijk-zwaar tot erg zwaar ervaren. De groepen waarin het minst aantal kinderen met psychiatrische problematiek voorkomt (Fluitekruid, Korenbloem), wordt de problematiek als redelijk tot zwaar ervaren.

Onderscheid psychiatrische problematiek- andere problematiek:
Van alle pedagogisch medewerkers geeft 85,7% aan het vaak wel op te merken wanneer er sprake is van psychiatrische problematiek. De overige pedagogisch medewerkers geven aan dit soms op te merken (14,3%). Bij de vraag in hoeverre de pedagogisch medewerkers onderscheid kunnen maken tussen gedrag dat voortvloeit uit een ontwikkelingsachterstand en/of opvoedproblemen en gedrag dat voortvloeit uit (hoofdzakelijk) een psychiatrische problematiek worden verschillende antwoorden gegeven. Een klein aantal pedagogisch medewerkers vindt het (na een evaluatieperiode) redelijk in te schatten waar gedrag vandaan komt. Uitzonderingen daargelaten. Een pedagogisch medewerker noemt daarbij dat de kindproblematiek (ASS) de hoofdproblematiek vormt en dat er met het hele gezinssysteem gewerkt wordt. Het merendeel van de pedagogisch medewerkers geeft echter aan het onderscheid tussen psychiatrische problematiek en opvoedproblematiek niet altijd snel duidelijk te krijgen. Zij geven aan dat niet altijd direct zichtbaar is in hoeverre er sprake is van kind- en omgevingsfactoren en dat er vaak geen duidelijke scheidslijn aan te brengen is omdat het een combinatie is van beide factoren. Een pedagogisch medewerker geeft aan dit onderscheid bij hechtingsproblematiek lastig te blijven vinden. Door middel van observaties, het dossier te lezen, gesprekken met ouders te hebben en te overleggen met het behandelteam wordt getracht hier meer zicht op te krijgen. Daarnaast ervaart een pedagogisch medewerker dat er bij psychiatrische problematiek sprake is van veel ernstiger problematiek. Bij andere problematiek ervaart zij sneller effect van haar handelen, bij psychiatrische problematiek ziet zij slechts weinig tot geen verbetering van gedrag.

De wijze waarop pedagogisch medewerkers en behandelcoördinatoren een duidelijk beeld krijgen van de invloed van het (gezins)systeem op de problematiek van het kind
Uit de analyses van de antwoorden blijkt dat overleg en afstemming met het multidisciplinaire behandelteam erg belangrijk wordt gevonden om een duidelijk beeld te krijgen van de invloed van het gezinssysteem op de problematiek van het kind. Vooral de gezinsbegeleider neemt hierin een duidelijke plaats in, omdat zij het gezin begeleidt en meer inzicht kan krijgen in het verschil in gedrag tussen de groep en het gezin. Daarnaast wordt de samenwerking en afstemming met de behandelcoördinator genoemd om inzichten te delen en openheid in de behandeling te krijgen. Om een duidelijk beeld te krijgen van de invloed van het gezinssysteem op de problematiek van een kind wordt telefonisch en schriftelijk contact met de ouders onderhouden, thuisbegeleiding gegeven, huisbezoeken gedaan, ouders op de groep uitgenodigd (inloop), observaties gedaan en dossiers geanalyseerd. Daarnaast geven een aantal pedagogisch medewerkers aan dat de introductie van de GWVP heeft bijgedragen aan dit inzicht, met name dankzij het gebruik van een genogram worden bepaalde problemen meer herkenbaar en hanteerbaar gevonden.

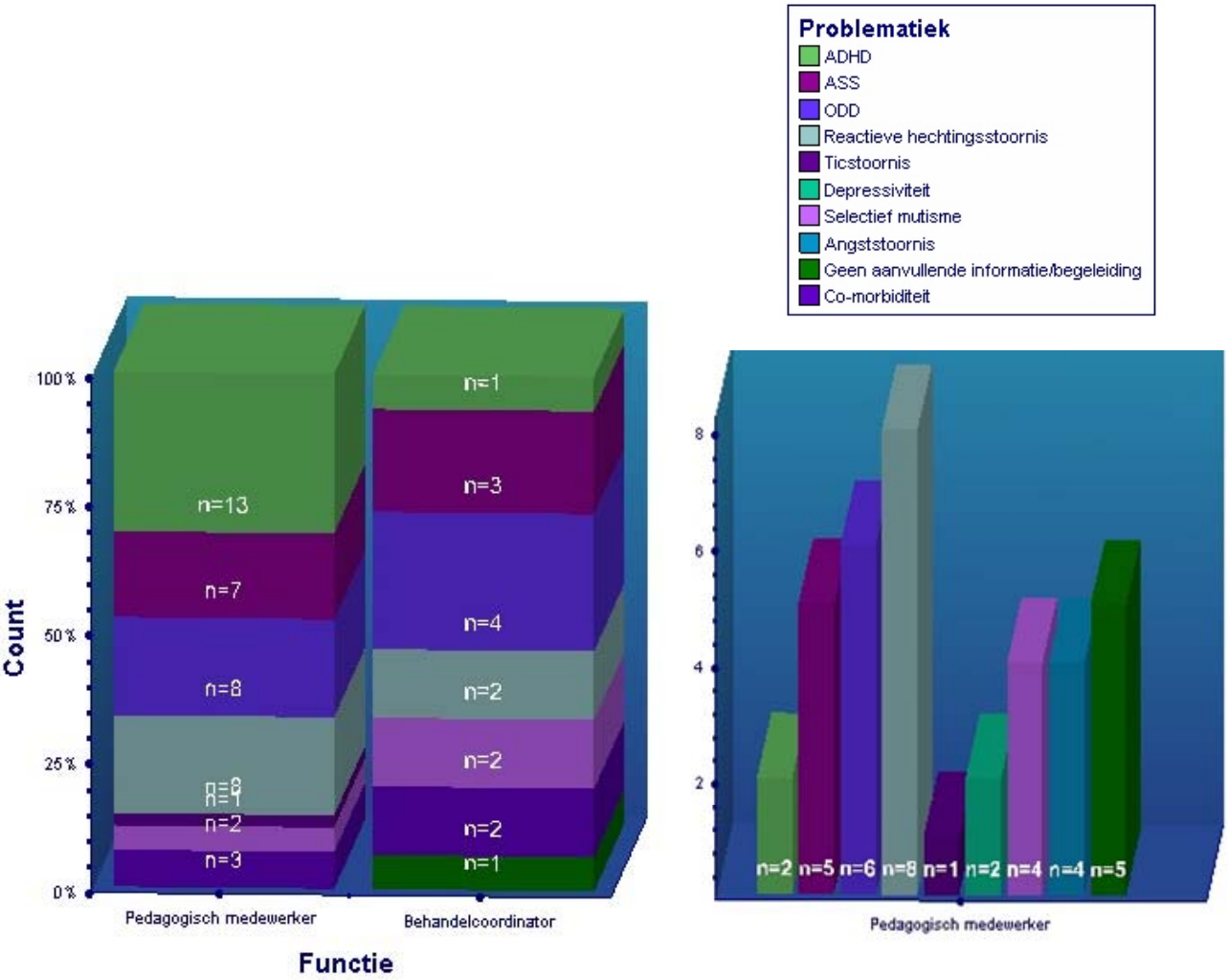
Ervaring van de pedagogisch medewerkers en behandelcoördinatoren met de behandeling van kinderen met psychiatrische problematiek:
Van de achttien respondenten (zowel pedagogisch medewerkers als behandelcoördinatoren) ervaart het merendeel nu meer kinderen met psychiatrische problematiek (n=10) tegen te komen in vergelijking met voorgaande jaren. Eén medewerker ervaart nu beduidend meer kinderen met psychiatrische problematiek. Daarnaast ervaart een deel van de respondenten nu evenveel kinderen met psychiatrische problematiek tegen te komen (n=6) en één medewerker nu minder kinderen (voorheen meer).

Uit de analyses blijkt dat de pedagogisch medewerkers de behandeling van kinderen met psychiatrische problematiek veelal als moeizaam en pittig ervaren. Een groep heeft aangegeven de grote hoeveelheid kinderen met psychiatrisch problematiek als pittig te ervaren. Doordat er bij veel kinderen sprake is van psychiatrische en ernstige problematiek, komt deze groep niet toe aan het omschakelen in aanpak en behandeling. De behandeling van kinderen met psychiatrische problematiek wordt door een andere pedagogisch medewerker als pittig ervaren omdat deze kinderen meer van hen vragen. Daarnaast heeft een pedagogisch medewerker aangegeven tegen veel muren op te lopen en te ervaren dat ze het kind niet altijd voldoende kan behandelen, omdat De Zevenster niet voldoende ingesteld is op de problematiek. Tevens noemen enkele pedagogisch medewerkers dat doordat er zoveel energie in de behandeling van deze kinderen gaat zitten, andere kinderen soms tekort komen in de behandeling.
Een beduidend kleinere groep pedagogisch medewerkers ervaart de behandeling als uitdagend, bijvoorbeeld omdat er veel te ontdekken is. Een pedagogisch medewerker geeft ook aan dat er in haar groep een vrij optimale behandeling geboden kan worden, specifiek gericht op de psychiatrische problematiek. Uit de analyse blijkt verder dat de ervaring afhangt van factoren als de zwaarte van de problematiek, de gezinsfactoren, de groepssamenstelling en de periode waarin de medewerker bevindt; sommige momenten, dagen of periodes (zoals december) worden door enkele pedagogisch medewerkers als pittiger ervaren dan andere. Daarnaast blijkt uit de analyses dat het interdisciplinair overleg met voornamelijk de behandelcoördinator als belangrijk wordt ervaren, onder andere omdat de behandeling van kinderen met psychiatrische problematiek veel vragen oproept en een eenduidige aanpak op de groep/het gezin heel belangrijk is bij deze kinderen. De behandelcoördinator heeft vaak meer kennis en inzichten, aldus een pedagogisch medewerker.

Tevens de behandelcoördinatoren ervaren sporadisch (n=1) tot soms (n=4) moeilijkheden/ belemmeringen in de behandeling van kinderen met psychiatrische problematiek. De moeilijkheden die genoemd worden zijn een onduidelijke diagnostiek, de afwezigheid van een psychiater, of het specifieke wat het kind nodig heeft te behalen valt in het groepsklimaat (dilemma individueel-groepsgericht werken), gedragsproblematiek en oppositioneel gedrag, hechtingsproblematiek die te zwaar is voor de groepsbehandeling en een omslag in handelen in de loop van de behandeling bijvoorbeeld bij ASS.

Verband problemen die pedagogisch medewerkers en behandelcoördinatoren tegenkomen en behoefte aan ondersteuning:
Geen van de pedagogisch medewerkers ervaart volledig op de hoogte te zijn van de inhoud en behandelwijze van verschillende psychiatrische stoornissen. Het merendeel heeft aangegeven gedeeltelijk op de hoogte te zijn, maar een aantal zaken te ervaren waar zij meer van willen weten (71,4% n= 10). Daarnaast ervaren twee pedagogisch medewerkers wel op de hoogte te zijn, maar ook enkele zaken te hebben waar zij meer van willen weten. Tevens hebben twee pedagogisch medewerkers aangegeven niet op de hoogte te zijn van de inhoud en behandelwijze van verschillende psychiatrische stoornissen.

Ten aanzien van de moeilijkheden die de pedagogisch medewerkers tegenkomen in de behandeling van kinderen met psychiatrische problematiek, blijken een groot aantal medewerkers moeilijkheden te ervaren in dat het kind zich niet kan handhaven in groepssituaties (n=12). Externaliserend gedrag wordt duidelijk als moeilijker ervaren (n=10) dan internaliserend gedrag (n=1). Pedagogisch medewerkers hebben tevens aangegeven het dilemma tussen psychiatrische problematiek en een verstoord gezinssysteem als oorzaak van het gedrag moeilijk te vinden (n=7). Een klein deel ervaart onvoldoende kennis te hebben van de psychiatrische problematiek (n=3).



Moeilijkheden per problematiek **Behoefte aan ondersteuning per problematiek**

De problematiek waar de meeste pedagogisch medewerkers (n=14) moeilijkheden in ondervinden is ADHD (n=13), ODD (n= 8), reactieve hechtingsstoornis (n=8) en ASS (n=7). Problematiek waar weinig moeilijkheden in ondervinden wordt en wellicht ook minder vaak voorkomt, is depressiviteit (n=0) een angststoornis (n=0), een ticstoornis (n=1) en selectief mutisme (n=2). De behandelcoördinatoren ervaren voornamelijk moeilijkheden in de behandeling van ODD (n=4) en ASS (n=3).

Uit de analyses blijkt dat de problematiek waar de meeste moeilijkheden in ondervonden wordt niet direct in verband staat met de behoefte aan ondersteuning bij de desbetreffende problematiek. Zo blijken bijna alle pedagogisch medewerkers moeilijkheden te ondervinden in de behandeling van ADHD (n=13), terwijl maar een klein deel van de pedagogisch medewerkers behoefte aan ondersteuning heeft in de behandeling van ADHD (n=2). Een reden hiervan zou kunnen zijn dat de problematiek wel als moeilijk wordt ervaren, maar er voldoende kennis, inzicht en ondersteuning aanwezig is bij deze problematiek. Tevens is er behoefte aan ondersteuning bij problematieken die minder vaak voorkomen binnen de dagbehandelingsgroepen en waar geen moeilijkheden in ondervonden wordt, zoals een angststoornis (n=4) en depressiviteit (n=2). De meeste behoefte aan aanvullende informatie en/of ondersteuning is er bij de reactieve hechtingsstoornis (n=8), ODD (n=6) en ASS (n=5). Een deel van de pedagogisch medewerkers (n=5) heeft aangegeven geen behoefte te hebben aan extra informatie/ ondersteuning bij een specifieke problematiek, met als kanttekening dat deze behoefte zal groeien wanneer een bepaalde problematiek zich voor zal doen in de groep.

Bijna alle pedagogisch medewerkers (n=13) hebben aangegeven behoefte te hebben aan extra informatie en/ of ondersteuning in de behandeling van kinderen met psychiatrische problematiek. Slechts één pedagogisch medewerker heeft aangegeven geen behoefte te hebben aan extra ondersteuning. De wijze van ondersteuning waar de meeste behoefte aan is, is deskundigheidsbevordering (n=11). Daarnaast is er behoefte aan een studiemiddag met andere pedagogisch medewerkers en behandelcoördinatoren om ervaring en kennis uit te wisselen (n=8), meer informatie over diverse problematieken op de groep (n=8) en meer contact- en overlegmomenten met de behandelcoördinator met betrekking tot deze doelgroep (n=4).

Ervaring van de behandelcoördinatoren met kinderen met ernstige kinderpsychiatrische problematiek:
Ernstige kinderpsychiatrische problematiek is een contra-indicatie voor plaatsing binnen een dagbehandelingsgroep van De Zevenster. De definitie van ernstige kinderpsychiatrische problematiek is niet zodanig vastgesteld dat geheel duidelijk is wanneer er hier sprake van is. De behandelcoördinatoren hanteren verschillende definities met een gezamenlijk uitgangspunt dat er weinig zicht is op de kern van de problematiek (dilemma kindfactoren- omgevingsfactoren) en het beeld van het kind en het gezin niet geheel duidelijk is. Het gaat om kinderen die één- op- één behandeling nodig hebben of zo'n specifieke benadering die niet past binnen de groepsbehandeling. Andere behandelcoördinatoren spreken van ernstige kinderpsychiatrische problematiek wanneer de problematiek het functioneren in sterke mate belemmerd, wanneer er sprake is van een sterke co-morbiditeit of wanneer het kind zichzelf of anderen schade toebrengt. Deze kinderen komen sporadisch (n=2) tot soms (n=2) voor. De reden dat deze kinderen alsnog geplaatst worden binnen de Zevenster is dat zij er soms tussendoor 'glippen' en het beeld van het kind en het gezin niet geheel duidelijk is voor opname. Tijdens de behandeling blijkt soms pas hoe ernstig de problematiek is. Daarnaast ervaart een behandelcoördinator dat er voor deze kinderen geen geschikt aanbod is buiten de Jeugdhulpverlening.

Ervaring van de behandelcoördinatoren in het aansturen van de pedagogisch medewerkers bij de behandeling van kinderen met psychiatrische problematiek:
Alle behandelcoördinatoren (n=5) ervaren dat pedagogisch medewerkers moeilijkheden tegenkomen in de behandeling van kinderen met psychiatrische problematiek. Pedagogisch medewerkers komen sporadisch (n=1), soms (n=2) of regelmatig (n=2) met vragen naar de behandelcoördinator gericht op de behandeling van deze kinderen. Het gaat dan om vragen omtrent de inhoud van een stoornis, de aanpak en hantering van gedrag, hoe individueel er gewerkt moet worden met het kind en de ervaring dat methodes slechts kortdurend werken. De behandelcoördinatoren bieden vervolgens ondersteuning door informatie en inzicht in de problematiek te bieden, behandelstrategieën te bespreken, mee te denken en te observeren in de groep.

Het gebruik van de consultfunctie van Fornhese:
Er is geen eenduidige aanpak in het gebruik van het consult door de behandelcoördinatoren. De één maakt nooit gebruik van dit consult, de ander sporadisch en weer een andere behandelcoördinator doet dit regelmatig. Het consult wordt geraadpleegd bij vragen omtrent de in te zetten behandeling, de inzet van medicatie of informatie met betrekking tot kinderpsychiatrisch onderzoek. Voornamelijk bij problematiek als ASS, ODD of een angststoornis wordt de kinderpsychiater geraadpleegd. De behandelcoördinatoren zijn vervolgens ook wisselend tevreden over dit consult.

De visie van behandelcoördinatoren op de grens tussen de dagbehandeling en de Jeugd-GGz:
De behandelcoördinatoren ervaren de onduidelijke grens tussen de Jeugdhulpverlening en de Jeugd-GGz nooit (n=1), sporadisch (n=2) of soms (n=2) als een probleem. Zij ervaren overlap in problematiek in deze werkvelden bij ASS, ADHD, ODD, selectief mutisme, hechtingsproblematiek en complexe gezinssituaties. De vraag of deze kinderen niet behandeld dienen te worden in de Jeugd-GGz gaat spelen wanneer de behandeling geen vooruitgang laat zien, het kind niet in de groep kan functioneren en duidelijke kinderpsychiatrische behandeling geboden moet worden. De

behandelcoördinatoren handelen vervolgens elk om een eigen wijze. Dit varieert van consult aanvragen bij de kinderpsychiater, overleg voeren met een collega behandelcoördinator, informatie opvragen bij andere behandelvormen tot proberen door te verwijzen naar de Jeugd-GGz. Een behandelcoördinator ervaart duidelijk moeilijkheden in dit doorverwijzen, onder andere omdat de Jeugd-GGz deze kinderen niet opneemt wanneer de gedragsproblemen te ernstig zijn. Een andere behandelcoördinator geeft aan het kind liever binnen de Jeugdhulpverlening te houden met aanvullende (individuele) modules.

Bij de vraag hoe om te gaan met het groeiende aantal kinderen met diagnose wordt meerdere malen de behoefte genoemd om een kinderpsychiater toevoegen aan het behandelteam. Daarnaast een aanpassing in het behandelaanbod aan te brengen en meer expertise te ontwikkelingen gericht op alle problematieken.

5.2.2 Conclusies vragenlijsten pedagogisch medewerkers en behandelcoördinatoren

Binnen de verschillende dagbehandelingsgroepen varieert het aantal kinderen met psychiatrische problematiek. Het vóórkomen van kinderen met psychiatrische problematiek staat duidelijk in verband met het type dagbehandelingsgroep: de Tureluur en de Anemoon zijn daarbij de groepen met het meeste aantal kinderen met psychiatrische problematiek. Uit de analyses blijkt dat dit gegeven ook van invloed is op de zwaarte van de problematiek zoals die ervaren wordt door de pedagogisch medewerkers. In de groepen waar de meeste kinderen met psychiatrische problematiek voorkomen wordt de zwaarte van de problematiek als redelijk- zwaar tot erg zwaar ervaren. Overigens ervaart geen enkele pedagogisch medewerker de zwaarte van de problematiek als erg licht of licht. Het merendeel van de pedagogisch medewerkers heeft aangegeven het vaak wel op te merken wanneer er sprake is van psychiatrische problematiek. Het onderscheid tussen psychiatrische problematiek en een ontwikkelingsachterstand- opvoedproblemen blijft echter moeilijk voor veel pedagogisch medewerkers. Getracht wordt hier inzicht in te krijgen door huisbezoeken, schriftcontact, observaties, dossier- analyses, gesprekken met ouders en interdisciplinair overleg. Met name de samenwerking en afstemming met de gezinsbegeleider wordt hierin als belangrijk ervaren. Overleg met de behandelcoördinator is eveneens zeer belangrijk gebleken bij de behandeling van kinderen met psychiatrische problematiek. Een groot deel van de pedagogisch medewerkers gaat bij vragen omtrent de inhoud en behandelwijze van kinderen met psychiatrische problematiek naar de behandelcoördinator. Een aantal pedagogisch medewerkers heeft behoefte aan meer contact- en overlegmomenten met de behandelcoördinator gericht op de behandeling van deze kinderen.
De behandeling van kinderen met psychiatrische problematiek wordt veelal als pittig en moeizaam ervaren. Kinderen met psychiatrische problematiek vragen meer van pedagogisch medewerkers en de ernstige problematiek van deze kinderen is van invloed op de behandeling van de overige kinderen. Een aantal pedagogisch medewerkers ervaart de behandeling van deze kinderen als uitdagend. Dit is voornamelijk in groepen waar weinig kinderen met psychiatrische problematiek voorkomen. De meeste pedagogisch medewerkers ervaren problemen in situaties waarin het kind zich niet kan handhaven in de groep, bij externaliserend gedrag en bij het dilemma tussen kind- en omgevingsfactoren als oorzaak van het gedrag. Ten aanzien de problematiek waar de meeste moeilijkheden in ondervonden worden, gaat het voornamelijk om externaliserende problematiek zoals ADHD, ODD, Reactieve hechtingsstoornis en ASS. Geconcludeerd kan worden dat niet altijd de individuele problematiek van het kind als zwaar wordt ervaren, maar meer de invloed van de problematiek van het individuele kind of het aantal kinderen met psychiatrische problematiek, op de groepsbehandeling en het groepsklimaat.
Tevens de behandelcoördinatoren ervaren moeilijkheden in de behandeling van kinderen met psychiatrische problematiek, zoals gedragsproblematiek, oppositioneel gedrag, de afwezigheid van een psychiater en het dilemma tussen groepsgericht en individueel werken. Zij geven aan dat er sporadisch tot soms kinderen met ernstige kinderpsychiatrische problematiek voorkomen binnen de dagbehandelingsgroepen. Uit de analyses is gebleken dat er niet altijd eenduidigheid onder de behandelcoördinatoren. Zo hanteren zij verschillende definities ten aanzien van ernstige kinderpsychiatrische problematiek, maken zij zeer wisselend gebruik van het consult en hebben zij een andere visie ten aanzien van de grens tussen de ‘dagbehandeling jonge kind’ en de Jeugd-GGz.

Het merendeel van de pedagogisch medewerkers en behandelcoördinatoren ervaren een groeiend aantal kinderen met psychiatrische problematiek binnen de dagbehandelingsgroepen. Bijna alle pedagogisch medewerkers hebben dan ook behoefte aan extra informatie en/of ondersteuning gericht op de behandeling van deze doelgroep. Ten aanzien van de specifieke problematieken is er vooral behoefte aan ondersteuning bij de reactieve hechtingsstoornis en ODD. Behoefte aan algemene informatie en ondersteuning gericht op kinderen met psychiatrische problematiek is er in de vorm van deskundigheidsbevordering, een studiemiddag met andere pedagogisch medewerkers en behandelcoördinatoren, meer informatie op de groep en meer contact- en overlegmomenten met de behandelcoördinator gericht op dit onderwerp.

5.3 Analyses interviews

De Zevenster krijgt zowel kinderen vanuit Bureau Jeugdzorg Utrecht als vanuit Bureau Jeugdzorg Gelderland doorverwezen. Door middel van twee interviews is er getracht zicht te krijgen op de keuzes die Bureau Jeugdzorg maakt wat betreft verwijzing naar de ‘dagbehandeling jonge kind’ (De Zevenster) en naar de Jeugd-GGz. Daarnaast heeft er een interview plaatsgevonden met Karakter Arnhem om zicht te krijgen op de indicaties, contra-indicaties, doelgroep en behandelvormen van Karakter. Hieronder wordt een samenvatting van deze interviews weergegeven. De uitwerking van de gehele interviews zijn opgenomen in de bijlagen.

5.3.1 Interview Bureau Jeugdzorg Utrecht

De aanmelding bij Bureau Jeugdzorg Utrecht vindt plaats door middel van een centrale aanmelding in Utrecht. Hier wordt beoordeeld of er behoefte is aan lokale of geïndiceerde zorg. Indien geïndiceerde zorg noodzakelijk is wordt een analyse-traject gestart en volgt er een gesprek met de case-manager. In het analyse-traject wordt er gekeken naar de hulpvraag van de ouders en het kind. Tevens wordt informatie opgevraagd bij andere instellingen zoals ziekenhuizen, scholen of kinderdagverblijven. Na het verzamelen van de informatie wordt er een indicatiebesluit genomen door de indicatiecommissie. Deze commissie bestaat uit een voorzitter, de coördinator diagnostiek van de Gelderse Roos (GGZ), een maatschappelijk werker of jeugdhulpverlener en een persoon van de indicatieafdeling die het indicatiebesluit verder uitwerkt.
Bij het beoordelen van de (ernst van de) problematiek wordt er gebruik gemaakt van richtlijnen en protocollen. Het gebruik van meetinstrumenten ten behoeve van het zicht krijgen op de aard en ernst van de problematiek worden op het moment van het interview echter niet gebruikt. Het plan ligt er om de CBCL en de NOSI te implementeren in het analyse-traject. De meerwaarde van het gebruik van meetinstrumenten wordt zeker ingezien, onder andere omdat er behoefte is aan objectieve criteria m.b.t. de ernst van de problematiek. Bij het beoordelen van de ernst van de problematiek wordt er op dit moment voornamelijk gekeken naar de draagkracht/ draaglastverhouding. Het is niet duidelijk bij welke draagkracht/ draaglastverhouding er naar de Jeugd-GGz of naar de’ dagbehandeling jonge kind’ wordt verwezen. De gedragswetenschapper benadrukt dat zij niet zo snel geneigd zijn om jonge kinderen door te verwijzen naar de Jeugd-GGz, mits het kind om psychiatrische redenen uit huis moet; dan volgt klinische opname. Voor verwijzing naar de Jeugd-GGz moet er sprake zijn van psychiatrische problematiek of er moet zoveel last zijn op de verschillende gebieden dat ouders veel meer dan de gebruikelijke zorg moeten verlenen. Deze gebieden (gezin,school en vrije tijd) spelen een rol bij het inschatten van de ernst van de problematiek. Van psychiatrische problematiek wordt alleen gesproken wanneer er vooraf onderzoek is gedaan door een instelling voor Jeugd-GGz. De DSM-classificatie en de GAF-score wordt dan als uitgangspunt genomen bij de keuze voor het type zorg. Wanneer er vermoedens zijn van psychiatrische problematiek wordt er voor diagnostiek doorverwezen naar de Jeugd-GGz. Deze doorverwijzing houdt niet direct in dat er ook behandeling volgt: terugverwijzing naar de Jeugd-GGz komt ook regelmatig voor bij jonge kinderen. Bij de keuze voor een behandelvorm of sector wordt er zo licht mogelijk ingezet op zorg (zo- zo- zo -beleid). Bij jonge kinderen wordt er sneller doorverwezen naar een dagbehandeling jonge kind gezien de leeftijd en het grote aanbod van deze behandelvorm. In de doelstelling van het indicatiebesluit kan beschreven worden dat duidelijk wordt of er sprake is van GGZ- problematiek. De ‘dagbehandeling jonge kind’ fungeert in deze gevallen als voortraject.

Verwijzing naar de Jeugd-GGz vindt voornamelijk plaats voor diagnostiek of ambulante hulp. Verder kan verwijzing plaatsvinden wanneer gebleken is dat de 'dagbehandeling jonge kind' onvoldoende middelen heeft om het kind te behandelen. De samenwerking tussen Bureau Jeugdzorg Utrecht en de Jeugd-GGz verloopt goed, aldus de gedragswetenschapper. Zij zijn betrokken bij de indicatiestelling en er zijn korte lijntjes, aangezien zij in hetzelfde gebouw gehuisvest zijn. De onduidelijke grens tussen de Jeugdhulpverlening en de Jeugd-GGz erkent de gedragswetenschapper, waarbij zij aangeeft dit echter nooit als een probleem te hebben gezien.

5.3.2 Interview Bureau Jeugdzorg Gelderland

Het kind wordt door de ouders, de school of de politie aangemeld bij Bureau Jeugdzorg Gelderland. Vanaf dit moment wordt er een analyse- traject doorlopen waarin er bij meerdere informanten informatie wordt verzameld over het functioneren van het kind en/of het gezin. Indien van toepassing wordt er informatie opgevraagd bij eerdere hulpverleningsinstanties. Naast de informatie vanuit ouders en eerdere hulpverleningsinstanties wordt er standaard bij elk kind de CBCL afgenomen. De desbetreffende leerkracht vult de TRF-lijst in. Vanuit deze informatie wordt er een inschatting gemaakt van de aard en ernst van de problematiek. Daarbij wordt er gekeken of er kenmerken van psychiatrische problematiek aanwezig zijn, of dat de hoofdoorzaak is van de problematiek of dat er tevens factoren in het gezin of de omgeving spelen. De gedragswetenschapper geeft aan dat dit onderscheid soms moeilijk te maken is. Indien getwijfeld kan worden aan de kind- en omgevingsfactoren als oorzaak van de problematiek, wordt deze vraag meegegeven aan de instelling die het kind en het gezin vervolgens gaat begeleiden.
Bureau Jeugdzorg Gelderland hanteert geen duidelijke richtlijnen bij het beoordelen van de problematiek. Zij kijken naar het hele gezinssysteem en gaan mee in de hulpvraag van ouders. Tevens wordt er geen protocol gehanteerd bij kinderen met (een vermoeden van) psychiatrische problematiek: per situatie wordt er bekeken wat er aan de hand is. De uiteindelijke zorg die geïndiceerd wordt, kan verschillen per jeugdhulpverlener, aldus de gedragswetenschapper. Dit is het gevolg van de weinig gestructureerde en eenduidige criteria omtrent gehanteerde meetinstrumenten, het analyse- traject en de uiteindelijk geïndiceerde zorg. Voor verwijzing naar de Jeugd-GGz wordt gekozen indien de psychiatrisch problematiek duidelijk het hoofdprobleem vormt en hoofdzakelijk voor diagnostiek of ambulante hulp. Een voorbeeld hiervan is wanneer het kind wel goed in het onderwijs functioneert, maar ouders de vraag hebben wat hen kind heeft. Indien het kind tevens vastloopt in het onderwijs wordt er eerder gekozen voor dagbehandeling jonge kind, aangezien deze behandelvorm tevens vervanging biedt voor school. Verwijzing naar de deeltijdkliniek of een klinische opname komt zeer weinig voor bij jonge kinderen. Verwijzing naar de Jeugd-GGz voor ambulante hulp is voor ouders vaak te weinig, aldus de gedragswetenschapper. Zij kiest hierdoor eerder voor de 'dagbehandeling jonge kind'. Bij ernstige problematiek zoals depressiviteit wordt er direct verwezen naar de Jeugd-GGz. Onder (ernstige) psychiatrische problematiek wordt somber en destructief gedrag verstaan; gedragsproblemen en een ontwikkelingsachterstand zijn duidelijke indicaties voor behandeling in de Jeugdhulpverlening. Indicaties die gehanteerd worden bij verwijzing naar de Jeugd-GGz zijn duidelijke vermoedens van psychiatrische problematiek welke ambulant behandeld/begeleid kunnen worden. Verwijzing naar de dagbehandeling jonge kind kan ook een voortraject zijn; wanneer er meer duidelijk is gekomen over de rol van omgevingsfactoren en GGZ-behandeling blijkt noodzakelijk te zijn, dan wordt het kind alsnog verwezen naar de Jeugd-GGz. In de verwijzing naar de Jeugd-GGz ervaart de gedragswetenschapper een aantal nadelen: de samenwerking met de Jeugd-GGz is lastig, een goede afstemming tussen de Jeugdhulpverlening en de Jeugd-GGz ontbreekt veelal, er zijn enorme wachtlijsten en het contact verloopt moeizaam, aangezien de Jeugd-GGz veelal hun eigen methodes en ideeën hanteert. De onduidelijke grens tussen de Jeugdhulpverlening en de Jeugd-GGz wordt erkend door de gedragswetenschapper. Als reden hiervoor noemt zij dat er vaak nog onvoldoende zicht is op de rol van omgevingsfactoren en dat niet elk kind met psychiatrische problematiek GGZ-behandeling nodig heeft. Voornamelijk bij problematiek als ASS, ADHD en ODD wordt de overlap ervaren tussen de Jeugdhulpverlening en de Jeugd-GGz.

5.3.3 Interview Karakter Arnhem

Karakter Arnhem is gevestigd met een drietal deeltijdgroepen en een polikliniek in het Oolgaardthuis, samen met het Leo Kannerhuis en de Gelderse Roos, afdeling Jeugd. De aanmeldingen komen centraal binnen. In een aanmeldoverleg tussen Karakter, de Gelderse Roos en het Leo Kannerhuis

wordt er een keuze gemaakt tussen de drie instellingen. Binnen Karakter Arnhem worden kinderen en jongeren behandeld met psychiatrische problematiek of een vermoeden daarvan. Deze kinderen lopen vaak vast in het thuismilieu en op school en worden via de huisarts, kinderarts of Bureau Jeugdzorg doorverwezen naar de Jeugd-GGz. De behandelvorm die vervolgens ingezet wordt is afhankelijk van de vraag waarmee het gezin binnenkomt. Vanaf de aanmelding start er een voortraject waarin het kind psychologisch en psychiatrisch onderzocht wordt. Daarnaast wordt er een anamnese afgenomen door de gezinstherapeut. Vervolgens wordt het kind intern doorverwezen: naar een deeltijdbehandeling of poliklinische behandeling. De tendens is dat een kind al kinderpsychiatrisch onderzocht is voordat het geplaatst wordt op een deeltijdkliniek. De behandeling die ingezet wordt is vervolgens geheel geprotocolleerd en afgestemd op de problematiek van het kind. Dit is terug te vinden in de financieringsstructuur van de Jeugd-GGz; het werken met Diagnose Behandel Combinaties (DBC's). De zorgprogramma's hebben vooral betrekking op de inhoud van de behandelingen en zijn nog erg in ontwikkeling. De behandeling in een deeltijdkliniek bestaat uit groepsbehandeling en individuele behandeling zoals gedragstherapie, psychomotorische therapie of creatieve therapie. Medicatie wordt ongeveer bij 30% van de kinderen ingezet en enkel wanneer het leerproces bedreigd wordt.
Indicaties voor plaatsing binnen de Jeugd-GGz is dat er sprake moet zijn van psychiatrische problematiek waardoor het kind vastloopt in één of meerdere milieus. Daarnaast moet er een zekere draagkracht in het gezin aanwezig zijn. Een contra-indicatie voor plaatsing is ernstige acting- out gedrag of agressie- problematiek. Tevens moeten ouders mee behandeld kunnen worden. Het gezinsklimaat moet in principe op orde zijn, omdat er anders dingen van ouders verwacht worden die zij niet in huis hebben, aldus de teamleider. Er wordt redelijk veel van ouders gevraagd gedurende de behandeling: alles is erop gericht dat zij het weer over kunnen nemen na een aantal maanden. De teamleider geeft aan dat als ouders het niet aankunnen, men zich moet afvragen of het wel psychiatrie is. Kinderen met ODD of forse hechtingsproblematiek en acting-out gedrag wordt vaak doorverwezen voor een klinische opname. Binnen de deeltijdkliniek worden er moeilijkheden ondervonden met acting- out gedrag en agressie omdat dit van invloed is om de rest van de kinderen en er onvoldoende personeel is om de agressie- problematiek op te vangen.
Leeftijd en bekendheid speelt vooral een rol in waar een kind behandeld wordt. Kinderen die te oud zijn voor een 'dagbehandeling jonge kind' worden bijvoorbeeld doorverwezen naar de deeltijdkliniek van Karakter. In de praktijk worden er kinderen vanaf zes jaar geplaatst binnen de deeltijdkliniek. De behandeling van jongere kinderen gebeurt poliklinisch en in samenwerking met Nijmegen. In de nabije toekomst wordt er tevens een infantgroep opgezet in het Oolgaardthuis. Ook bekendheid speelt een rol bij het doorverwijzen, aldus de teamleider. Indien de huisarts of andere instellingen weten wat Karakter te bieden heeft, wordt er eerder doorverwezen. Karakter heeft dit jaar op de planning om meer bekendheid te geven aan wie ze zijn, wat ze doen en wat ze kan betekenen voor andere instellingen. De samenwerking met Jeugdhulpverleninginstellingen wordt meer opgezocht. Momenteel wordt de samenwerking met Lindenhout onderzocht, waardoor verwijzingen over- en -weer sneller kunnen gaan. Het grote verschil tussen orthopedagogische en GGZ- behandeling is dat de kinderpsychiater een belangrijk onderdeel uitmaakt van het multidisciplinair team binnen de Jeugd-GGz. De behandeling is geheel afgestemd op de problematiek van het kind. Alle groepsleiding krijgt een achtdaagse interne training m.b.t. psychiatrische problematiek wanneer zij bij Karakter komen werken. Vanuit de stoornis wordt er gekeken naar het gedrag en de ontwikkelingsmogelijkheden van het kind.

5.3.4 Conclusie interviews

Bureau Jeugdzorg:
De opgestelde protocollen en richtlijnen zoals beschreven in hoofdstuk 3 van dit rapport wordt niet tot slechts minimaal gebruikt in de praktijk door zowel Bureau Jeugdzorg Utrecht als Gelderland. Het belang van het gebruik van objectieve meetinstrumenten wordt in deze richtlijnen onderstreept, maar komen niet altijd tot uiting in de praktijk. Bureau Jeugdzorg Gelderland hanteert standaard de CBCL en de TRF bij de aangemelde kinderen. Bureau Jeugdzorg Utrecht hanteert op dit moment geen enkel meetinstrument, al ligt het plan er om de CBCL en de NOSI te implementeren. Tevens wordt er geen ernst- taxatie gedaan met behulp van de Quick- step, zoals aanbevolen in het referentiewerkmodel en het protocol. Bureau Jeugdzorg Utrecht en Gelderland hanteren eigen visies en kaders om tot een

indicatiebesluit te komen. Zo kijkt Utrecht voornamelijk naar de draagkracht/draaglast verhouding om een inschatting te maken van de benodigde zorg en ernst van de problematiek, terwijl Gelderland voornamelijk uitgaat van de hulpvraag van ouders en de uitkomsten van de CBCL en de TRF. Verschillen zijn er tevens te zien in de aanmeldprocedure: in de aanmeldcommissie van Utrecht zit standaard een GGZ- medewerker voor advies wat niet het geval is bij Bureau Jeugdzorg Gelderland. Consultatie bij de GGZ kan overigens bij beide Bureaus Jeugdzorg geraadpleegd worden. Het verdient aanbeveling aandacht te besteden aan de uniformering van de werk- en besluitvormingsprocessen en gehanteerde meetinstrumenten bij Bureau Jeugdzorg. Uit de analyses van de interviews blijkt namelijk dat het uiteindelijke indicatiebesluit (nog steeds) afhankelijk is van factoren als de wachtlijsten, het referentiekader van de betrokken jeugdhulpverlener/ case- manager en de (gebrekkige) samenwerking tussen de Jeugd-GGz en Bureau Jeugdzorg.
Zowel Bureau Jeugdzorg Utrecht als Gelderland maakt onderscheid tussen wel en geen GGZ-problematiek. Zij geven aan dat niet elk kind met psychiatrische problematiek behandeld dient te worden binnen de Jeugd-GGz. In het kader van het zo- zo- zo- beleid en de jonge leeftijd van het kind kan de ‘dagbehandeling jonge kind’ een voortraject zijn. Tevens kan bij een onduidelijk onderscheid tussen kind- en omgevingsfactoren deze vraag worden meegegeven aan de ‘dagbehandeling jonge kind’. Verwijzing naar de Jeugd-GGz kan eventueel nog volgen wanneer blijkt dat GGZ- behandeling nodig is. Uit de analyses blijkt dat het aanbod voor jonge kinderen met ernstige cq. psychiatrische problematiek beperkt is. Beide Bureaus Jeugdzorg geven aan dat de ‘dagbehandeling jonge kind’ veel te bieden heeft. Indien er echter duidelijk sprake is van ernstige kindfactoren al dan niet in combinatie met omgevingsfactoren, wordt er zelden gekozen voor deeltijdbehandeling of klinische opname. Deze behandelvormen zijn gericht op wat oudere kinderen waarbij het gaat om (zeer) ernstige problematiek. Buiten een poliklinische behandeling waar het kind één keer in de twee weken therapie krijgt, zijn er weinig mogelijkheden. Bureau Jeugdzorg Gelderland geeft aan dat poliklinische behandeling voor een aantal ouders ook niet voldoende is. Geconcludeerd kan worden dat voor verwijzing naar de Jeugd-GGz gekozen wordt bij psychiatrische problematiek of duidelijke vermoedens daarvan, die ambulant of poliklinisch behandeld kunnen worden.

Karakter Arnhem:
Alle aanmeldingen starten met een poliklinisch traject waarin het kind psychologisch en psychiatrisch onderzocht wordt. Vervolgens wordt aan de hand van de onderzoeksresultaten bekeken of poliklinische, deeltijdklinische of klinische behandeling nodig is. De behandeling wordt ingezet vanuit een multidisciplinair team waarin de kinder- en jeugdpsychiater een belangrijke rol speelt. De behandeling is duidelijk geprotocolleerd vanuit zorgprogramma’s en DBC’s en geheel afgestemd op de problematiek van het kind. Indicaties voor plaatsing zijn psychiatrische problematiek of duidelijke vermoedens van, waarbij er een zekere draagkracht in het gezin aanwezig moet zijn. Contra-indicaties zijn ernstig acting-out gedrag, agressie- problematiek en onvoldoende draagkracht in het gezin waardoor bijvoorbeeld eerder aan klinische opname gedacht wordt. Het belang van voldoende draagkracht en een gezinsklimaat dat ‘op orde’ is komt duidelijk naar voren. Kinderen met ODD of forse hechtingsproblemen worden vaak binnen een klinische opname behandeld.

Algemene conclusies
Geconcludeerd kan worden dat het onderscheid tussen kind- en omgevingsfactoren van invloed blijft op de keuze voor de Jeugdhulpverlening en de Jeugd-GGz. In de Jeugd-GGz wordt tevens vanuit het gezinssysteem gewerkt, al dan niet op een andere wijze: gezinsproblematiek ontstaat als een reactie op kindproblematiek. Indien de gezinsproblematiek/ omgevingsfactoren tevens een onderdeel vormen van de hoofdproblematiek, wordt er gekozen voor behandeling in de Jeugdhulpverlening. Het blijft steeds opnieuw een afweging per kind en gezin en het onderscheid tussen kind- en omgevingsproblematiek kan erg moeilijk te bepalen zijn.

6 Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden de conclusies vanuit het literatuur- en praktijkonderzoek weergegeven. De volgende twee onderzoeksvragen staan daarbij centraal:

1. Welke keuzes maakt Bureau Jeugdzorg in het doorverwijzen van jonge kinderen in de leeftijd van twee tot zeven jaar met ernstige problematiek naar de Zevenster of naar de Jeugd-GGz?

2. Welke invloed heeft het aantal kinderen met psychiatrische problematiek dat doorverwezen wordt naar de Zevenster, op de populatie en de in te zetten behandeling zoals die ervaren wordt door de medewerkers binnen de dagbehandelingsgroepen?

Allereerst worden er de conclusies beschreven aan de hand van de belangrijkste thema's uit het onderzoek. Vervolgens wordt er specifiek antwoord gegeven op de twee onderzoeksvragen. Op grond van de conclusies worden er een aantal aanbevelingen gedaan. Tot slot volgen er suggesties voor verder onderzoek.

6.1 Conclusies

<u>Werkwijze Bureau Jeugdzorg</u>
Sinds de komst van de Wet op de Jeugdzorg is Bureau Jeugdzorg verantwoordelijk voor de indicatiestelling van alle jeugdigen naar de Jeugdhulpverlening, Jeugd-GGz en de Jeugd-LVG. De werkwijze van de verschillende Bureaus Jeugdzorg kan onderling verschillen, aangezien zij vrij zijn om binnen wettelijke kaders een eigen invulling te geven aan het indicatietraject. Deze verschillen zijn ook zichtbaar tussen Bureau Jeugdzorg Gelderland en Bureau Jeugdzorg Utrecht, de twee Bureaus Jeugdzorg die doorverwijzen naar De Zevenster.
De volgende fasen komen terug in zowel het indicatietraject van Bureau Jeugdzorg Gelderland als Utrecht. Na aanmelding van de cliënt/ het cliëntsysteem bij Bureau Jeugdzorg wordt er een indicatietraject doorlopen. Dit traject bestaat uit een drietal fasen: (1) de aanmelding en acceptatie, (2) de analyse en het opstellen van het diagnostisch beeld en (3) het vaststellen van de benodigde zorg en het opstellen van het indicatiebesluit. In deze fasen wordt er op verschillende manieren informatie verzameld om tot een verantwoord indicatiebesluit te komen.
Indien er sprake is van psychiatrische problematiek kan er gebruik worden gemaakt van het protocol 'Indicatiestelling Jeugdigen met psychiatrische problematiek'. Het belang van het gebruik van meetinstrumenten om op een objectieve wijze zicht te krijgen op de aard en ernst van de problematiek wordt in de verschillende onderzoeken benadrukt. Het is gebleken dat er een discrepantie bestaat tussen de opgestelde methodieken en protocollen en de werkwijze in de praktijk. Deze komt slechts gedeeltelijk overeen. Een aantal factoren kunnen het indicatieproces bemoeilijkheden:

- 40-80 % van de verwijzingen naar de Jeugd-GGz verloopt nog steeds via de huisarts;
- Er wordt slechts gedeeltelijk gebruik gemaakt van meetinstrumenten;
- Er wordt geen ernst- taxatie gedaan met behulp van de Quick- step.
- Landelijk is gebleken dat de samenwerking tussen Bureau Jeugdzorg en de Jeugd- GGz niet optimaal tot stand is gekomen. Bureau Jeugdzorg Gelderland heeft aangegeven moeilijkheden te ondervinden als gevolg van deze gebrekkige samenwerking. Bureau Jeugdzorg Utrecht heeft daarentegen aangegeven een prettige samenwerking te ervaren, onder andere dankzij de GGZ- medewerker die standaard participeert in de intake-commissie.

<u>Verwijzing naar de Jeugdhulpverlening en de Jeugd-GGz</u>
Uit onderzoek is gebleken dat er verschillen zijn tussen de Jeugdhulpverlening en de Jeugd-GGz in beschikbare disciplines, financieringsstromen en de visie van waaruit men werkt. De Jeugdhulpverlening werkt vanuit de orthopedagogiek en de Jeugd-GGz hoofdzakelijk vanuit het medisch model. Dit komt tevens tot uiting in de wijze van diagnostiek. De medewerkers van De Zevenster die ervaring hebben binnen de Jeugd-GGz hebben tevens deze verschillen opgemerkt. Het

onderscheid tussen pedagogische en kinderpsychiatrische problematiek wordt nog steeds gemaakt, al is dit onderscheid erg troebel. De situatie van het kind en het gezin kunnen erg complex zijn en zeker bij jonge kinderen is er nog weinig zicht op het kern van het probleem en de invloed van omgevingsfactoren.
Voor verwijzing naar de Jeugd-GGz ligt de veronderstelling dat de ernst van de problematiek de grootste rol speelt. Factoren die eveneens van invloed blijken te zijn, zijn factoren gerelateerd aan de lange wachtlijst of het referentiekader van de verwijzer. Door Bureau Jeugdzorg wordt er onderscheid gemaakt tussen wel en geen GGZ- problematiek. In dit onderzoek is niet geheel duidelijk geworden wanneer er sprake is van GGZ- problematiek. Deze term omvat geen duidelijke definitie en lijkt meer gehanteerd te worden om het onderscheid tussen kind- en omgevingsfactoren weer te geven.
Het domein van de Jeugd-GGz bestaat hoofdzakelijk uit jeugdigen met psychiatrische problematiek. Daarbij is diagnostiek één van de hoofdtaken. Echter niet alle jeugdigen met psychiatrische problematiek kunnen of moeten behandeld worden in de Jeugd-GGz. Uit onderzoek is gebleken dat hulpverleners voornamelijk kiezen voor behandeling in deze sector wanneer de jeugdige licht lichamelijke klachten heeft, en/of ernstige cognitieve problemen en/of ernstige emotionele problemen (internaliserend) en als de relatie tussen de ouders problematisch is. Tevens is gebleken dat als ouders beschikken over meer dan voldoende opvoedingscapaciteiten en er voldoende netwerk is om op terug te vallen, de kans op GGZ-hulp groter is dan hulp vanuit een andere sector. Daarentegen zijn individuele problemen van de ouders en ernstige lichamelijke klachten van de jeugdige de voornaamste redenen om geen GGZ-hulp in te schakelen. Ook indien er sprake is van (ernstige) gedragsproblemen wordt ervaren dat de Jeugd-GGz geen behandeling kan bieden.
Bureau Jeugdzorg Gelderland en Utrecht zien internaliserende kinderpsychiatrische problematiek als een angststoornis of depressiviteit als 'ernstige kinderpsychiatrische problematiek', waardoor zij bij deze problematiek direct doorverwijzen naar de Jeugd-GGz. De 'behandelbaarheid' van de problematiek en de aanwezige protectieve factoren blijken eveneens erg belangrijk te zijn in de keuze voor behandeling vanuit de Jeugd-GGz. Voor verwijzing van jonge kinderen naar de Jeugd-GGz kiezen Bureau Jeugdzorg Gelderland en Utrecht enkel indien er vraag is naar diagnostiek of wanneer er sprake is van een hulpvraag die poliklinisch behandeld kan worden. Er zijn zeer beperkte mogelijkheden voor semi- residentiele en residentiele behandeling voor jonge kinderen in de Jeugd-GGz. Daarnaast wordt er in het kader van het zo- zo- zo- beleid eerst voor een plaatsing binnen de 'dagbehandeling jonge kind' in de Jeugdhulpverlening gekozen. Deze plaatsing kan gezien worden als een voortraject waarin de hulpverleners observeren in welke mate er sprake is van kind- en omgevingsfactoren en of GGZ- behandeling nodig is.
Uit het onderzoek is gebleken dat er nog veel onbekendheid is tussen de Jeugdhulpverlening en de Jeugd-GGz wat betreft de visie, doelgroep en behandelmethoden die de ander sector biedt. Meerdere hulpverleners hebben aangegeven geen of weinig zicht te hebben op de Jeugd-GGz en Karakter heeft om deze reden komend jaar als doel gesteld meer bekendheid te geven aan wie zij zijn en wat zij doen.

<u>Diagnostiek van het jonge kind</u>
Jonge kinderen met probleemgedrag vallen in de eerste plaats op door hun overactieve (externaliserende) of juist inactieve (internaliserende) problematiek. Er is vaak sprake van ontwikkelingsproblemen in verschillende domeinen, aangezien de ontwikkeling erg diffuus verloopt en nog erg moeilijk te bepalen is.
Problematiek bij jonge kinderen is globaal onder te verdelen in drie groepen: (1) problematiek voornamelijk gelegen in het kind zelf, (2) problematiek als reactie op problematiek bij één of beide ouders en (3) zowel kinderen die opvallen door hun gedrag, maar waar tevens sprake is van problematiek bij één of beide ouders. In instellingen die systeemgericht werken, kan er een vierde categorie gehanteerd worden: problemen gerelateerd aan een verstoord systeem. Hierbij wordt er tevens gekeken naar intergenerationele invloeden.
Het blijft moeilijk om onderscheid te kunnen maken tussen kind- en omgevingsfactoren. Ontstaat de kindproblematiek als gevolg op gezinsproblematiek of ligt de problematiek werkelijk in het kind zelf? Er zijn verschillende visies over wat psychiatrisch is of niet. Een 'stoornis' verondersteld dat de problematiek in het kind zelf ligt, maar bij bijvoorbeeld problematiek als de reactieve hechtingsstoornis en ODD is gebleken dat de invloed van omgevingsfactoren erg groot is op het ontstaan van de problematiek. Om verschillende redenen wordt er bij deze kinderen toch een classificatie of diagnose gesteld. Voor verwijzing naar een geschikte behandelvorm of bij het

aanvragen van een 'Rugzakje' wordt er vaak een erkende diagnose gevraagd, waardoor de druk op de diagnosticus ook toeneemt om deze te stellen.
Uit het dossieronderzoek is tevens gebleken dat er naast een gestelde classificatie, meer dan eens sprake was van gezinsproblematiek zoals een OTS, AMK- melding of KOPP- problematiek. Daarnaast zijn de classificaties gesteld op basis van eenmalig onderzoek, waardoor observatie en vervolgonderzoek noodzakelijk zijn om goed zicht te houden op de kern van de problematiek. In gesprekken met de behandelcoördinatoren van De Zevenster bleek dat zij zich erg bewust zijn de invloed van omgevingsfactoren en ervoor waken om enkel af te gaan op het gedrag dat het kind laat zien. Zij zijn niet snel geneigd te spreken over een contra- indicatie op basis van ernstige kinderpsychiatrische problematiek en bekijken echt per casus wat goed is voor het kind en het gezin. Tevens hebben zij aangegeven het onderscheid tussen kind- en omgevingsfactoren als kern van het probleem lastig te blijven vinden. Dit probleem speelt ook bij de helft van de pedagogisch medewerkers.

Toename (vermoeden van) psychiatrische problematiek op De Zevenster
Uit het dossieronderzoek is gebleken dat er in het jaar 2007 bij de helft van de kinderen sprake was van een diagnose of vermoeden van psychiatrische problematiek, ten opzichte van 33,4% in het jaar 2003. Dit is een stijging van 16,6%. Het aantal diagnoses is gestegen met 8,6%. Dit sluit aan bij de beleving van de pedagogisch medewerkers en de behandelcoördinatoren zoals gebleken aan de hand van de vragenlijsten. Het merendeel van de pedagogisch medewerkers en de behandelcoördinatoren ervaart een stijging van het aantal kinderen met psychiatrische problematiek. De (kinderpsychiatrische) problematiek die het meeste voorkomt binnen de dagbehandelingsgroepen van De Zevenster is ADHD, ODD, ASS en hechtingsproblematiek. Dit is voornamelijk externaliserende problematiek; gediagnosticeerde internaliserende problematiek zoals een angststoornis of depressiviteit komt niet voor binnen de dagbehandelingsgroepen. De ernst van de problematiek is afhankelijk van verschillende factoren. Door middel van dit onderzoek is hier onvoldoende zicht op gekregen. Aangezien er geen gegevens zijn van de zwaarte van de problematiek zoals die ervaren wordt door de pedagogisch medewerkers en de behandelcoördinatoren in 2003, kunnen er eveneens geen conclusies getrokken worden m.b.t. een eventuele toename van de zwaarte van de problematiek. De zwaarte van de problematiek in 2007/ 2008 komt aan de orde in het volgende thema.
Binnen de hulpverlening zijn er verschillende aanwijzingen voor een toename van de problematiek, dan wel een toename van de ernst van de problematiek. De toename van het aantal kinderen met gediagnosticeerde problematiek is (voor een deel) ook te verklaren door de toenemende expertise op het gebied van signalering, diagnostiek en interventies. Cijfers van de omvang en het gebruik van Jeugdzorg geven een significante stijging van het aantal gebruikers van de Jeugdzorg. Tussen 2000 en 2004 is er een stijging van 58% van het aantal gebruikers van de Jeugd-GGz. Resultaten van de laatste tien jaren ontbreken m.b.t. een mogelijke toename van de problematiek ontbreken echter en het aantal Nederlandse onderzoeken hiernaar is gering.
Uit het dossieronderzoek is gebleken dat er een stijging is van het aantal opgenomen jongens tussen 2003 en 2007. Daarnaast bleek er in 2003 geen verschil te zijn in de verhouding jongen/meisje met psychiatrische problematiek; evenveel jongens als meisjes hadden een diagnose. In 2007 waren echter alle kinderen met psychiatrische problematiek een jongen. De stijging van het aantal jongens is van invloed op de populatie van de dagbehandelingsgroepen. Uit meerdere onderzoeken is gebleken dat er bij jongens voornamelijk sprake is van externaliserend gedrag. Dit houdt in dat een toename van het aantal jongens, een toename van externaliserende problematiek teweeg kan brengen. Overigens zijn de resultaten van de jaren 2004, 2005 en 2006 niet onderzocht, waardoor deze conclusie niet met zekerheid getrokken kan worden.

Ervaring van de pedagogisch medewerkers en de behandelcoördinatoren met kinderen met psychiatrische problematiek
Uit de analyses blijkt dat de pedagogisch medewerkers de behandeling van kinderen met psychiatrische problematiek veelal als moeilijk en pittig ervaren. Deze kinderen vragen meer van de pedagogisch medewerkers en er wordt ervaren dat andere kinderen soms tekort komen in de behandeling. Daarnaast heeft een pedagogisch medewerker aangegeven dat er vanwege het toenemende aantal kinderen met ernstige en psychiatrische problematiek, niet omgeschakeld kan worden in aanpak en behandeling. Een aantal pedagogisch medewerkers ervaart de behandeling van deze kinderen als uitdagend, bijvoorbeeld omdat er veel te ontdekken valt. Op de ASS- groep wordt er

ervaren dat men een vrij optimale behandeling kan geven, specifiek gericht op de problematiek van de kinderen.
Tevens de behandelcoördinatoren ervaren soms moeilijkheden of belemmeringen in de behandeling van kinderen met psychiatrische problematiek. De afwezigheid van een psychiater wordt als moeilijk ervaren, evenals het dilemma tussen individueel en groepsgericht werken. Er zijn twijfels of bepaalde kinderen dat specifieke wat ze nodig hebben kunnen behalen in het groepsklimaat. Voor een aantal behandelcoördinatoren is er indien er geen groepsbehandeling gegeven kan worden, ook sprake van een contra- indicatie.
Er zijn echter zeer weinig mogelijkheden om jonge kinderen intensief individueel te behandelen. De Jeugd-GGz biedt individuele therapie, maar dit is slechts eenmaal per twee weken en hoogstwaarschijnlijk onvoldoende aangezien het kind te ernstige problematiek heeft om semi-residentieel behandeld te worden. Deze kinderen worden dan vaak ook geplaatst binnen een residentiele setting. Het aanvullen van de groepsbehandeling met individuele therapieën en een individueel traject zou wellicht aan kunnen sluiten bij de behoefte van deze kinderen.
De voorkomende problematiek binnen de verschillende behandelgroepen staat duidelijk in verband met het type behandelgroep. De Tureluur, de Anemoon en de Korenbloem zijn de groepen met het meest aantal kinderen met psychiatrische problematiek. Dit heeft gevolgen voor de zwaarte van de problematiek zoals die ervaren wordt binnen de desbetreffende dagbehandelingsgroepen. Een groter aantal kinderen met psychiatrische problematiek is een verzwaring van het werk, waarbij voornamelijk meerdere kinderen met psychiatrische problematiek en de invloed hiervan op de behandeling van de overige kinderen en het groepsklimaat als moeilijk wordt ervaren. De samenwerking en ondersteuning vanuit het multidisciplinaire behandelteam (de behandelcoördinator en de gezinsbegeleider) is erg belangrijk bij de behandeling van de kinderen.
Binnen de dagbehandelingsgroepen van De Zevenster worden de meeste moeilijkheden ondervonden in de behandeling van kinderen met ADHD, ASS, ODD en de reactieve hechtingsstoornis. De moeilijkheden die men hierin ondervindt is de ervaring dat het kind zich niet kan handhaven in groepssituaties, externaliserend gedrag en het dilemma tussen psychiatrische problematiek en een verstoord gezinssysteem als oorzaak van het gedrag. Ongeveer één- vierde van de pedagogisch medewerkers ervaart onvoldoende kennis te hebben van de psychiatrische problematiek.

<u>Behoefte aan informatie/ ondersteuning met betrekking tot de behandeling van kinderen met psychiatrische problematiek</u>
Bijna alle pedagogisch medewerkers (13 van de 14) hebben behoefte aan extra ondersteuning of begeleiding in de behandeling van kinderen met psychiatrische problematiek. Er is voornamelijk bij ODD en de reactieve hechtingstoornis behoefte aan aanvullende informatie/ ondersteuning.
Behoefte aan informatie/ ondersteuning gericht op kinderen met psychiatrische problematiek is er in de vorm van een deskundigheidsbevordering (n=11), een studie- middag met overige pedagogisch medewerkers en behandelcoördinatoren om ervaring en kennis uit te wisselen (n=8), meer informatie op de groep (n=8) en meer overlegmomenten met de behandelcoördinator over dit onderwerp (n=4). Drie van de vijf behandelcoördinatoren zouden graag een kinderpsychiater in dienst hebben van Trajectum.

<u>Overige conclusies</u>
De grens tussen de Jeugdhulpverlening en de Jeugd-GGz wat betreft jonge kinderen met psychiatrische problematiek is zeer diffuus. Deze onduidelijke grens wordt door verschillende hulpverleners ervaren; voornamelijk bij problematiek als ADHD, ODD, hechtingsproblemen en ASS wordt een overlap gezien. Overigens wordt de onduidelijke grens bijna nooit als probleem ervaren en heeft men waarschijnlijk weinig behoefte aan een duidelijke grens tussen deze sectoren.
Mijn visie is dat het weinig meerwaarde heeft om beide sectoren duidelijk af te bakenen en het onderscheid tussen kind- en omgevingsfactoren in stand te blijven houden of te vergroten. Zeker bij jonge kinderen is dit onderscheid erg moeilijk te maken en situaties zijn soms erg complex waarbij er naast duidelijke kindproblemen, eveneens sprake is van (ernstige) gezinsproblematiek. De vraag is waar het kind dan terecht komt en of de kind- of gezinsproblematiek niet ondergesneeuwd wordt door een duidelijke voorkeur voor kind- of omgevingsfactoren. Het is belangrijk dat het kind en het gezin de juiste hulp krijgen, binnen welke sector dat dan ook plaatsvindt. In verband met de geringe capaciteit van de Jeugd-GGz is het niet eens mogelijk om alle kinderen met psychiatrische problematiek over te hevelen. Daarbij is tevens de vraag of dit wel wenselijk is.

Hierdoor kan alle tijd en aandacht beter besteedt worden aan de soms gebrekkige samenwerking tussen de Jeugdhulpverlening of Bureau Jeugdzorg en de Jeugd-GGz. Indien een kind al geplaatst is binnen de Jeugdhulpverlening, kan het kind beter binnen deze sector blijven met aanvullende ondersteuning en deskundigheid uit de overige sectoren. Wellicht kan een (intensieve) samenwerking tussen beide sectoren hieraan bijdragen.

6.2 Antwoord op de onderzoeksvragen

Welke keuzes maakt Bureau Jeugdzorg in het doorverwijzen van jonge kinderen in de leeftijd van twee tot zeven jaar met ernstige problematiek naar De Zevenster of naar de Jeugd-GGz?

Bureau Jeugdzorg Gelderland en Utrecht verwijzen jonge kinderen met ernstige problematiek alleen naar de Jeugd-GGz door voor diagnostiek of een hulpvraag die ambulant behandeld kan worden. In het kader van het zo- zo- zo- beleid wordt er eerst gekozen voor een plaatsing binnen de 'dagbehandeling jonge kind'. Indien gebleken is dat de dagbehandeling onvoldoende kan bieden en er GGZ- behandeling nodig is, kan verwijzing naar de Jeugd-GGz alsnog volgen. Voor verwijzing naar de 'dagbehandeling jonge kind' is er tevens sprake van ernstige problematiek, zowel bij het kind zelf gelegen als in het gezin. Indien er weinig zicht is op het onderscheid tussen kind- en omgevingsfactoren als kern van de problematiek, wordt deze vraag meegegeven aan De Zevenster.

Welke invloed heeft het aantal kinderen met psychiatrische problematiek dat doorverwezen wordt naar De *Zevenster, op de populatie en de in te zetten behandeling zoals die ervaren wordt door de medewerkers binnen de dagbehandelingsgroepen?*

In het jaar 2007 bestaat de helft van de populatie van De Zevenster uit kinderen met (een vermoeden van) psychiatrische problematiek; 33,4% daarvan heeft een classificatie of diagnose. Bij deze kinderen is er sprake van ernstige problematiek in de vorm van ADHD, ASS, ODD of hechtingsproblematiek. Daarnaast is er vaak sprake van gezinsproblematiek, zoals een verstoorde draagkracht/ draaglastverhouding, psychiatrische problematiek bij één of beide ouders, een OTS of systeemgerelateerde problemen. De groep kinderen met psychiatrische problematiek heeft invloed op de rest van de populatie: de kinderen waarbij er geen sprake is van psychiatrische problematiek. Door verschillende pedagogisch medewerkers wordt ervaren dat de overige kinderen soms tekort komen in de behandeling. Kinderen met psychiatrische problematiek hebben een specifiekere hulpvraag, waarbij de pedagogisch medewerkers vaker ondersteuning nodig hebben om vorm te geven aan deze hulpvraag. Tevens in de begeleiding van ouders van kinderen met psychiatrische problematiek ligt een andere hulpvraag die meer gericht is op het leren omgaan en inzicht krijgen in de problematiek.
Het toenemende aantal kinderen met psychiatrische problematiek heeft tevens invloed op de behandeling zoals die ervaren wordt door de pedagogisch medewerkers en de behandelcoördinatoren van De Zevenster. De zwaarte van de problematiek wordt als redelijk tot erg zwaar ervaren. Het vóórkomen van en het aantal kinderen met psychiatrische problematiek is een verzwaring van het werk; zowel de pedagogisch medewerkers als de behandelcoördinatoren ervaren verschillende moeilijkheden of belemmeringen in de behandeling. De samenwerking en afstemming met het multidisciplinaire behandelteam is erg belangrijk bij de behandeling van deze kinderen. Er is bij het merendeel van de pedagogisch medewerkers behoefte aan extra informatie of ondersteuning in de behandeling van kinderen met psychiatrische problematiek, in de vorm van deskundigheidsbevordering, een studie- middag om kennis en ervaringen uit te wisselen, meer informatie op de groep en meer contactmomenten met de behandelcoördinator.

6.3 Aanbevelingen

Op grond van de resultaten uit het literatuuronderzoek, het dossieronderzoek, de vragenlijsten en de interviews ben ik tot de volgende aanbevelingen gekomen:

Deskundigheidsbevordering
De behandeling van kinderen met psychiatrische problematiek vraagt extra deskundigheid van pedagogisch medewerkers en behandelcoördinatoren. Kennis van de inhoud van de psychiatrische stoornis en de behandelingen die effectief gebleken zijn, geven richting en steun aan de handelwijze van de medewerkers. Dit heeft een verlichting van de taak van de pedagogisch medewerkers als gevolg, evenals een vergroting van de kwaliteit van de behandelingen. De afgelopen jaren heeft er enkel deskundigheidsbevordering plaatsgevonden op het gebied van ASS, terwijl meerdere psychiatrische stoornissen tot de populatie van de dagbehandeling behoren. Het merendeel van de pedagogisch medewerkers (11 van de 14) heeft behoefte aan deskundigheidsbevordering. Het zelf kennis hebben van de inhoud en behandelwijze van verschillende psychiatrische stoornissen als pedagogisch medewerker is noodzakelijk om psycho- educatie aan ouders te kunnen geven.
Aangezien het multidisciplinaire behandelteam belangrijk is gebleken bij de behandeling van deze kinderen, adviseer ik een **deskundigheidsbevordering** te realiseren **voor alle behandelcoördinatoren, pedagogisch medewerkers en de gezinsbegeleiders**.
Voor de gezinsbegeleider is het belangrijk om te weten op welke wijze kindproblematiek zich ontwikkeld als reactie op gezinsproblematiek, zodat zij hiermee aan de slag kan met ouders/ opvoeders. Daarnaast is het belangrijk om gevolgde cursussen, symposia of interne deskundigheidsbevordering terug te koppelen naar medewerkers die deze niet hebben gevolgd, zodat de kennis en deskundigheid die hiermee opgedaan is door iedereen ingezet kan worden.

Samenwerkingsverband met de Jeugd-GGz uitbreiden
De Zevenster is bezig om de mogelijkheden tot samenwerking met de Jeugd-GGz te onderzoeken. Op dit moment heeft De Zevenster de mogelijkheid een kinderpsychiater op consultbasis in te roepen, maar uit het onderzoek is gebleken dat er minder gebruik gemaakt wordt van dit consult, terwijl het aantal kinderen met psychiatrische problematiek is gestegen. Daarnaast biedt het consult niet altijd antwoord op de vragen. Het belang van een **(uitgebreide) samenwerking met de Jeugd-GGz** wordt ook in dit onderzoek bevestigd. Drie van de vijf behandelcoördinatoren hebben aangegeven een **kinderpsychiater in dienst** te willen hebben van Trajectum. Belangrijk daarbij is dat de kinderpsychiater deel uit maakt van het multidisciplinaire behandelteam, richting geeft aan behandeling en diagnostiek uitvoert. Dit biedt vele voordelen voor De Zevenster en vergroot de kwaliteit van de behandelingen. De kinderpsychiater heeft meer diagnostische mogelijkheden, kennis van psychiatrische stoornissen en de mogelijkheid om medicatie in te zetten en systematisch het effect van de medicatie te volgen. Op dit moment is de kinderarts, verbonden aan De Zevenster, verantwoordelijk voor het uitschrijven van medicatie. Indien er een uitgebreidere samenwerking wordt aangegaan, is het belangrijk om een duidelijke taakafbakening van de kinderarts en de kinderpsychiater vast te stellen.
Daarnaast biedt de samenwerking tevens voor Bureau Jeugdzorg en ouders van het kind voordelen. Bureau Jeugdzorg hoeft niet enkel meer voor diagnostiek naar de Jeugd-GGz te verwijzen, aangezien De Zevenster deze mogelijkheden ook heeft. Het gevolg is dat ouders en kind eerder geholpen worden en er eerder behandeling op gang kan komen.
Indien een uitgebreidere samenwerking met de Jeugd-GGz wordt aangegaan, is het belangrijk om visie en werkwijze duidelijk met elkaar af te stemmen. Uit dit onderzoek is namelijk gebleken dat er veel verschillen zijn in visie en uitgangspunten tussen de Jeugdhulpverlening en de Jeugd-GGz.

Het regelmatig bieden van psycho- educatie
Het stellen van een classificatie of diagnose heeft als gevolg dat (voor een deel) duidelijk is welke problematiek er bij het kind speelt. Deze classificatie of diagnose wordt op dit moment voornamelijk door Karakter of een andere Jeugd-GGz- instelling gesteld. Het kind wordt vervolgens geplaatst op De Zevenster, of is op het moment van uitslag al in behandeling van De Zevenster. Het is belangrijk dat ouders weten wat de classificatie of diagnose inhoudt, wat dit specifiek betekent voor hun kind (dit is afhankelijk van risico- en beschermende factoren) en wat de prognose is van de vastgestelde problematiek.
Op dit moment is er enkel een oudercursus Autisme waarin ouders psycho- educatie krijgen. Daarnaast vindt psycho- educatie soms plaats door pedagogisch medewerkers in de vorm van thuisbegeleiding. Mijn visie is dat het belangrijk is dat elke ouder kennis heeft van de diagnose die is vastgesteld bij hun zoon of dochter. Hierdoor kan het acceptatieproces voor ouders beginnen, krijgen zij meer handvatten hoe om te gaan met de problematiek en hebben zij meer zicht op de toekomst (de prognose van de problematiek).

Ik adviseer om **regelmatig cursussen of bijeenkomsten** te organiseren **waarin psycho- educatie geboden** wordt. Het voordeel van het in groepsverband aanbieden van zo'n cursus is dat ouders onderling ervaringen kunnen uitwisselen en het tijd bespaard voor de pedagogisch medewerkers en behandelcoördinatoren. Gezien de problematiek die het meeste voorkomt is het raadzaam om cursussen op te zetten voor ADHD en hechtingsproblemen/stoornissen. Deze bijeenkomsten zouden door een behandelcoördinator gegeven kunnen worden. Daarnaast is het belangrijk om de gestelde classificatie of diagnose regelmatig terug te laten komen in behandelbesprekingen, thuisbegeleiding en het overige contact tussen de pedagogisch medewerkers en de ouders. Dit biedt ouders de mogelijkheid inzicht te hebben in de wijze waarop de problematiek specifiek bij hun kind tot uiting komt en wat dit van hen als ouders vraagt. Belangrijk is om tijdens de psycho- educatie het belang van risico- en beschermde factoren en de interactie tussen kind- en omgevingsfactoren te benadrukken.

Het loslaten van de indeling in klimaatgroepen

Uit het onderzoek is gebleken dat er grote verschillen bestaan in het voorkomen van psychiatrische problematiek binnen de verschillende dagbehandelingsgroepen. De zwaarte van de problematiek staat in het verband met het aantal kinderen met psychiatrische problematiek. Op groepen waar meerdere kinderen met psychiatrische problematiek voorkomen wordt de zwaarte van de problematiek door de pedagogisch medewerkers en de behandelcoördinatoren als redelijk- zwaar tot erg zwaar ervaren. Dit heeft vervolgens invloed op het handelen van de pedagogisch medewerkers en mogelijk ook voor de kwaliteit van de behandeling. Wanneer pedagogisch medewerkers immers de problematiek als erg zwaar ervaren en meerdere moeilijkheden tegenkomen, worden hun mogelijkheden beperkt om te bieden wat nodig is en aan te sluiten bij elk individueel kind. In de periode dat dit onderzoek liep, heeft De Zevenster besloten de **indeling in klimaatgroepen** om verschillende redenen **los te laten**. De uitkomsten van dit onderzoek ondersteunen dat besluit. Daarnaast is het raadzaam om voor plaatsing in een dagbehandelingsgroep te kijken naar de zwaarte van de problematiek op dat moment. Bij twijfel van een plaatsing: ga hierover in gesprek met de pedagogisch medewerkers. Het is zowel voor de pedagogisch medewerkers als de opgenomen kinderen belangrijk dat de zwaarte van de problematiek verdeeld wordt over de dagbehandelingsgroepen. Hierbij gaat het voornamelijk om externaliserende problematiek, omdat gebleken is dat pedagogisch medewerkers hier veel meer moeilijkheden in ondervinden als internaliserende problematiek.

Studie- middag met pedagogisch medewerkers en behandelcoördinatoren

Acht van de veertien pedagogisch medewerkers hebben aangegeven behoefte te hebben aan een studie- middag met andere pedagogisch medewerkers en behandelcoördinatoren om ervaring en kennis uit te wisselen met betrekking tot de behandeling van kinderen met psychiatrische problematiek. Dit is een vorm van deskundigheidsbevordering, maar biedt de medewerkers daarnaast ondersteuning waardoor de zwaarte van het werk kan afnemen. Ik adviseer om **een aantal studie-/ intervisiemiddagen** te organiseren waarin steeds een andere **problematiek ter discussie staat**. Elke groep kan een casussen voorbereiden, waarbij de behandelcoördinator zich inhoudelijk voorbereidt op de problematiek. Deze studie-/ intervisiemiddagen kunnen plaatsvinden in plaats van de reguliere intervisiemiddagen.

Informatie op de groep

Informatie over psychiatrische problematieken op de dagbehandelingsgroep verlaagt de drempel om je te verdiepen in bepaalde problematiek en biedt de medewerkers de mogelijkheid om snel informatie tot zich te nemen. Acht van de veertien pedagogisch medewerkers hebben aangegeven graag meer informatie op de dagbehandelingsgroepen te willen hebben gericht op de inhoud en behandelwijze van psychiatrische problematiek. Mijn advies is dan ook de **informatie op de groepen** aan te vullen met een **beschrijving van alle psychiatrische problematiek**, tevens de problematiek die (nog) niet voorkomt binnen de dagbehandelingsgroepen, zoals een angststoornis of depressiviteit bij kinderen. Dit verruimt de kennis van de pedagogisch medewerkers, waardoor zij ook sneller problematiek kunnen signaleren. Het is belangrijk dat de informatie up- to- date blijft met de nieuwste ontwikkelingen. Een beschrijving van de behandelwijze zou ik beperken tot een beschrijving van de basishouding bij de problematiek. Problematiek komt bij elk afzonderlijk kind tot uiting onder invloed van beschermende en belemmerende factoren, waardoor er geen behandeling beschreven kan worden die voor elk kind werkt. De informatie moet ook niet als doel hebben een compleet

behandelprotocol te bevatten zoals in de Jeugd-GGz, maar moet inzicht bieden in de problematiek en richting geven aan handelen.

Het verhelderen van de contra- indicatie
Tijdens het onderzoek is gebleken dat de indicaties en contra- indicaties van De Zevenster moeilijk toegankelijk zijn: het kostte veel moeite om deze te vinden. Een van de contra- indicaties is ernstige kinderpsychiatrische problematiek. In het onderzoek is echter gebleken dat niet duidelijk is wanneer er sprake is van ernstige kinderpsychiatrische problematiek. Zowel Bureau Jeugdzorg als de behandelcoördinatoren van De Zevenster hanteren een eigen definitie. Ik adviseer dan ook om **kritisch te kijken naar de contra- indicaties** en deze **duidelijk te communiceren met andere instellingen**.

Groepsgericht- individueel werken
Door meerdere pedagogisch medewerkers en behandelcoördinatoren wordt ervaren dat kinderen met psychiatrische problematiek soms niet of moeilijk mee kunnen komen in de groepsbehandeling. Een aantal kinderen heeft vanwege zijn/haar problematiek meer individuele begeleiding nodig. Daarnaast is het voor sommige medewerkers een dilemma hoe groepsgericht of individueel er met een kind gewerkt kan worden. De dagbehandeling binnen een therapeutisch groepsklimaat biedt verschillende ontwikkelingsmogelijkheden voor kinderen. In schoolsituaties moeten zij zich ook in een (kleine) groep kunnen handhaven. Daarnaast kan (aanvullende) individuele behandeling voor kinderen met psychiatrische problematiek, hechtingsproblematiek of sociaal –emotionele problematiek helpend of zelfs noodzakelijk zijn om meer zicht te krijgen op bepaalde problemen of beter aan te sluiten bij dat wat het kind nodig heeft.
Het is raadzaam om **meer mogelijkheden te ontwikkelen** binnen de dagbehandelingsgroepen van De Zevenster om kinderen met specifieke (psychiatrische) problematiek **een individueel behandelprogramma** aan te bieden. Naast een aantal vastgestelde groepsactiviteiten, kan het kind individueel aan zijn/ haar programma werken. Dit biedt meer mogelijkheden om aan te sluiten bij dat wat het kind nodig heeft. Voor het ene kind kan dit werken aan schoolse vaardigheden zijn, voor het andere kind samenspel met andere kinderen of contactopbouw met de pedagogisch medewerkers. Bij het opstellen van de individuele programma's kan er gebruik worden gemaakt van de zorgprogramma's en methoden vanuit de Jeugd-GGz ontwikkelt voor specifieke (psychiatrische) problematiek. Een mogelijkheid voor individuele behandeling buiten de groep kan speltherapie zijn. Een aantal instellingen voor dagbehandeling jonge kind bieden deze behandeling al aan.

Contact met Bureau Jeugdzorg
Andere instellingen voor 'dagbehandeling jonge kind' hebben aangegeven **afspraken met Bureau Jeugdzorg** te hebben over de **plaatsing van een kind met ernstige (kinderpsychiatrische) problematiek**. Bureau Jeugdzorg neemt bij twijfel m.b.t. de plaatsing of de ernst van de problematiek van het kind eerst contact op met de instelling voor 'dagbehandeling jonge kind' om te informeren of zij de plaatsing geschikt achten en of zij ruimte hebben binnen de dagbehandelingsgroepen. Deze afspraak kan voorkomen dat een kind met ernstige (kinderpsychiatrische) problematiek geplaatst wordt en de plaatsing vervolgens zeer moeizaam verloopt. Daarnaast kunnen de doelen opgesteld vanuit Bureau Jeugdzorg eventueel aangepast worden, zodat een plaatsing wel mogelijk is. Het verdient aanbeveling voor De Zevenster om deze afspraken tevens vast te leggen met Bureau Jeugdzorg Gelderland en Utrecht.

6.4 Suggesties voor verder onderzoek

Gedurende het onderzoek is gebleken dat zowel behandelcoördinatoren als pedagogisch medewerkers moeilijkheden ondervinden in de samenwerking met en begeleiding van ouders met psychiatrische problematiek. Kinderen van deze ouders worden KOPP- kinderen genoemd en hebben een beduidend groter risico op het ontwikkelen van psychische problemen. Door middel van onderzoek naar de voorkomende psychiatrische problemen bij ouders van de opgenomen kinderen van De Zevenster, het effect van de problematiek op de ontwikkeling van KOPP- kinderen en de moeilijkheden die pedagogisch medewerkers en behandelcoördinatoren tegenkomen, kan De Zevenster aansluiten bij deze ontwikkeling. Daarnaast is het raadzaam om

deskundigheidsbevordering te realiseren en daarbij bijvoorbeeld een psychiater of systeemtherapeut uit de GGZ te vragen om uitleg te geven over psychiatrische ziektebeelden van ouders en hoe daarmee om te gaan. Wellicht zou de Gelderse Roos of Symfora hierin een rol kunnen spelen, indien de samenwerking meer van de grond is gekomen.

Om objectief zicht te houden op de (zwaarte van de) problematiek binnen de dagbehandelingsgroepen is het belangrijk om hier periodiek onderzoek naar te doen. In dit onderzoek is voor een mogelijke toename van het aantal kinderen met diagnose, de jaren 2003 en 2007 onderzocht. In het jaar 2011 zou wederom een onderzoek kunnen plaatsvinden waarin de resultaten van de zwaarte van de problematiek zoals die ervaren wordt door de medewerkers van De Zevenster, vergeleken kunnen worden met die van 2007- 2008.

Literatuurlijst

Literatuur

Aalsvoort, van der G.M., A.J.J.M. Ruijssenaars- *Jonge risicokinderen. Achtergronden, onderkenning, aanpak en praktijk*- Rotterdam, 2000.

American Psychiatric Association- *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM-IV*- Lisse, 1995.

Baarda, D.B., M. P. M. de Goede- *Basisboek Methoden en Technieken. Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwantitatief onderzoek*- Houten, 2006.

Baartman, H., A. van der Leij, J. Stolk- *Het perspectief van de orthopedagoog*- Houten/ Diegem, 2001.

Beemen, van L.- *Ontwikkelingspsychologie*- Groningen, 2001.

Fever, de F.- *Kinderen met een depressie. Handboek voor opvoeding en onderwijs*- Leuven, 2001.

Hout, van der M.A., S. Perreijn en H.T. van der Molen- *Klinische psychologie. Theorieën en psychopathologie*- Groningen, 1997.

Kievit, T.H., J.A. Tak, J.D. Bosch- *Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen*- Utrecht, 2002.

National Center for Infants, Toddlers and Families- *DC: 0-3. Diagnostische classificatie van psychische en ontwikkelingsstoornissen bij infants*- Assen, 2005.

Pameijer, P., P. Prins- *Protocollen in de Jeugdzorg. Richtlijnen voor diagnostiek, indicatiestelling en interventie*- Amsterdam, 2000.

Putte, van de J., Buitelaar, J., Cohen, P., Matthys W. (red)- *Uit de kinderschoenen. 60 jaar Kinder- en Jeugdpsychiatrie UMC*- Utrecht, 2000.

Verhulst, F.C. - *Inleiding in de kinder- en jeugdpsychiatrie*- Assen, 2002.

Verheij, F., F.C. Verhulst- *Het kinder- en jeugdpsychiatrische zorgveld*- Assen, 1996.

Verhulst, F.C., F. Verheij (red.)- *Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Onderzoek en diagnostiek*- Assen, 2000.

Verhulst, F.C., F. Verheij, R.F. Ferdinand (red.)- *Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Psychopathologie*- Assen, 2003.

Rapporten en onderzoeken

Inspectie voor de Gezondheidszorg en inspectie Jeugdzorg- *Toegang naar Jeugd-GGz kan sneller en beter*, Amsterdam/ Utrecht, 2006.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport- *Evaluatieonderzoek Wet op de Jeugdzorg*- 2006.

Ministerie van VWS- *Referentiewerkmodel Bureau Jeugdzorg*- 2005.

MOgroep- *Uitvoeringsplan Verbetering indicatiestelling Bureau Jeugdzorg (VIB)*- 2008.

Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn/ NIZW Jeugd- *Project 'Registratie ernst problematiek'. Eerste deelrapport: begrippen, doelen en instrumenten*- Utrecht, 2002.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie- *Beleidsplan van de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie 2007-2009*.

NIZW Jeugd (Graaf, M. de, R. Schouten, C. Konijn) - *De Nederlandse Jeugdzorg in cijfers 1998-2002.*

Partners in Jeugdbeleid (Diephuis, K., Q v.d. Zijden)- *Protocol Indicatiestelling Jeugdigen met psychiatrische problematiek*- 2006.

Smink, T.- *Cirkels rond het jonge kind: Diagnostiek bij jonge kinderen*.

Trimbos Instituut- *Verkenningen in de kinder- en jeugdpsychiatrie*- Utrecht, 2006.

Overige

Brochure: Informatiebrochure Wet op de Jeugdzorg, 2003.

Brochure: Karakter, beleidsvisie 2006- 2010.

Brochure: Trajectum, instellingen voor Multidisciplinaire Kinder- en Jeugdzorg.

Kind en adolescent 20 (Overduin, P., A. van der Wakker)- *Het domein van de Jeugd-GGz is de gehele jeugdzorg!*- 1999. p. 292- 294.

Kind en Adolescent 20 (Konijn, C., E. Berben, F. Verheij, M. Donker)- *Het domein van de Jeugd-GGz: recht van overpad*- 1999. p. 276- 291.

Kind en Adolescent 25 (Yperen, T.A.)- *Help de dokter verzuipt?*- 2004. p. 196- 198.

Kind en Adolescent 2 (Gevers, C.)- *De kinderpsychiatrie is weer eens niet thuis*- 2004. p 24-26

Kind en Adolescent 28- *DSM en relationele problematiek: strijd om 'context'*- 2007. p. 46-49.

Landelijk Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie: http://www.kenniscentrum-kjp.nl

Nederlands Jeugd Instituut: http://www.nji.nl/smartsite.dws?id=103036%page=103059

Tijdschrift voor Orthopedagogiek 47 (G. Sinnema) - *Het kind als verteller*- 2008. p. 3-15.

Tijdschrift voor Orthopedagogiek 46 (E. E. J. De Bruyn)- *Van testdiagnostiek naar diagnostische besluitvorming, en terug?* – 2007. p. 391- 402.

Tijdschrift voor orthopedagogiek 47- *Orthopedagogiek en jeugdpsychiatrie. Hoe kunnen beide disciplines optimaal een bijdrage leveren in de jeugdzorg aan jeugdigen die het spoor bijster zijn geraakt?*- 2008. p. 52- 114.

Tijdschrift voor psychiatrie 43 (N. Nicolai) - *Hechting en psychopathologie: een literatuuroverzicht*- 2001.

Stichting Trajectum Novum- Jaarverslag 2005 en 2006.

Visiedocument Jeugd-GGz- *Jeugd-GGz breed beschikbaar. Ambities voor de jaren 2006-2008*.

Bijlagen

Bijlage 1 Kinderpsychiatrische problematiek

Onderstaande informatie komt uit:

- Verhulst, F.C., F. Verheij, R.F. Ferdinand (red.)- *Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Psychopathologie*- Assen, 2003.
- Verhulst, F.C.- *Inleiding in de kinder- en jeugdpsychiatrie*- Assen, 2002.
- Verhulst F.C., F. Verheij (red.)- *Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Onderzoek en diagnostiek*- Assen, 2000.
- Landelijk Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie: http://www.kenniscentrum-kjp.nl

Autisme Spectrum Stoornissen

Autisme Spectrum Stoornissen (ASS) staan in de DSM-IV bekend als Pervasieve ontwikkelingsstoornissen, waarmee mensen worden aangeduid die lijden aan een levenslang bestaande stoornis in de communicatieve en sociale vaardigheden, welke niet alleen overeenkomen met een algemene verstandelijke handicap. Binnen het autistisch spectrum worden een aantal subgroepen onderscheiden: (Klassiek) autisme, stoornis van Asperger, syndroom van Rett, Desintegratieve stoornis en een restgroep 'Not Otherwise Specified' (PDD-NOS). Centraal in Autisme Spectrum Stoornissen staan de ernstige problemen op het gebied van de verbeelding, de communicatie en de sociale interactie.

Klinisch beeld

Klassiek autisme wordt gezien als de meest ernstige variant van ASS. Naast de kenmerkende problemen op het gebied van de interactie en communicatie, gaat autisme gepaard met problemen op vele andere gebieden, zoals agressie, automutilatie, dwangmatig gedrag, hyperactiviteit, stereotypieën, tics, stemmingsstoornissen en slaapproblemen. Daarbij heeft 25% van de kinderen met autisme epilepsie en 70% een verstandelijke handicap.

Autisme wordt gekenmerkt door een stoornis in de volgende gebieden:

- Stoornis in de communicatie en de sociale interactie
  Sociale interactie verwijst naar de interesse in en de hoeveelheid sociale interactie die er plaatsvindt. Kinderen met autisme hebben doorgaans moeite met het ontwikkelen van relaties met leeftijdsgenootjes, het delen van plezier en interesses met anderen, het missen van de gebruikelijke non-verbale communicatie (lichaamstaal en gebaren) en de sociale en emotionele wederkerigheid.
  De stoornis in de communicatie verwijst naar een vertraagde en afwijkende taalontwikkeling en het gebrek aan kwaliteit in de sociale interactie. De interactie met kinderen met ASS verloopt vaak als eenrichtingsverkeer, doordat deze kinderen minder dan gebruikelijke wederkerigheid tonen. Dit gebrek aan wederkerigheid uit zich onder andere in problemen met het afstemmen van het (non-) verbale gedrag op een steeds wisselende sociale context. Daarnaast hangen de problemen in de communicatie sterk samen met een minder goed ontwikkeld vermogen tot (sociale) verbeelding. Om adequaat te kunnen communiceren is het nog om je in te leven in de belevingswereld van anderen. Innerlijke processen bij anderen, zoals gedachten, gevoelens, wensen of bedoelingen, zijn niet altijd waarneembaar, maar zijn af te leiden uit het gedrag van anderen door middel van verbeelding. Dit vermogen is bij kinderen met autisme minder goed ontwikkeld, waardoor zij vaak meer gericht zijn op waarneembare, uiterlijke details.

- Stoornis in de omgang met mensen en voorwerpen
  Een kind met autisme kan erg in zichzelf verzonken zijn, wat vooral typerend is bij peuters en kleuters met deze stoornis. De gebrekkige verkenning en gerichtheid op de buitenwereld en de bijzondere wijze van omgaan met lichamelijke en zintuiglijke waarnemingen zorgen ervoor dat het kind sterk op zichzelf betrokken is. Vaak is er geen sprake van totaal isolement, het kind heeft bepaalde openingen waardoor een vorm van contact wel mogelijk is. Het kind met

autisme heeft regelmatig grote moeite met het maken van oogcontact, de blik lijkt vaak 'leeg'. De hechting van een kind met autisme komt vaak gestoord of vertraagd op gang. Het kind toont weinig hechtingsgedrag of gaat juist een symbiotische relatie aan met de hechtingsfiguur. Het contact met leeftijdsgenoten verloopt abnormaal, het vermogen om zich in te leven in de interesses, emoties of motieven van anderen staat hiervoor in de weg. Naast de omgang met mensen, is ook de omgang met dingen verstoord. Het kind met autisme heeft een fascinatie voor bepaalde voorwerpen of vormen, terwijl andere dingen hem onberoerd laten. Er is weinig variatie in de wijze waarop het kind met de voorwerpen omgaat, dit gebeurt vaak op een stereotype wijze waardoor de functionele omgang met speelgoed vaak ontbreekt. De gestoorde omgang met voorwerpen komt ook in de grote behoefte aan routine en herhaling terug. Kinderen met autisme hebben angst voor alles wat nieuw, onbekend of onverwacht is en een grote behoefte aan behoud van dezelfde toestand, ordening of indeling.

- Stoornis in de spraak en het taalgebruik
  Ongeveer 50% van de mensen met autisme gaat nooit spreken. Dit percentage ligt lager bij autistische mensen met een hoger intelligentieniveau. Als de taalontwikkeling op gang komt, is deze veelal vertraagd en opvallend. Vaak is er sprake van echolalie, waarbij het kind letterlijk en direct herhaald wat hem gezegd is, vaak met dezelfde intonatie. Ze blijven lange tijd over zichzelf in de tweede of derde persoon spreken of verzinnen nieuwe woorden, neologismen genoemd. De taalmelodie, de toon, het ritme en de stembuigingen, is vlak en komt robotachtig en gemaniëreerd over. Het onrijpe karakter van de taalontwikkeling komt vooral tot uiting in de wijze waarop een kind met autisme woorden of gezegden letterlijk opvat.

- Stoornis in de motoriek
  Een groot aantal kinderen met ASS heeft problemen op het gebied van de motorische ontwikkeling; er is over het algemeen een achterstand in de grove en de fijne motoriek. Opwinding, vreugde, verdriet of frustratie wordt vaak geuit door te fladderen met de handen. Daarnaast bestaat een deel van de motorische activiteit uit stereotiep ritueel gedrag, zoals het ritmisch heen-en-weer bewegen van de romp of het hoofd. Kinderen met autisme worden vaak als overbeweeglijk, snel afleidbaar en impulsief ervaren.

- Stoornis in de prikkelverwerking
  De prikkelverwerking van kinderen met autisme verloopt bijzonder, soms reageren deze kinderen extreem en heftig op prikkels, anderzijds kunnen prikkels weer erg weinig reactie oproepen. Het kind reageert bijvoorbeeld niet op zijn naam of op begroetingen van iemand die binnenkomt. Op andere (harde) geluiden of op veranderingen in de lichtval kan het kind weer erg heftig reageren. Sommige kinderen met autisme hebben grote moeite met de substantie van bepaald soort voedsel, waardoor het kind pertinent weigert het te eten.

- Stoornis in de regelmaat van de ontwikkelingsgang
  De ontwikkeling van kinderen met autisme verloopt, anders dan bij normale kinderen, vaak met horten en stoten. Sprints worden afgewisseld met lange periode van nauwelijks ontwikkeling. Ongeveer dertig procent van alle kinderen met autisme vertoont een spontaan verlies van reeds verworven taalvaardigheden.

- Stoornis in de cognitieve ontwikkeling
  Zoals eerder beschreven is ongeveer 70% van alle kinderen met autisme in min of meerdere mate verstandelijk gehandicapt. Een aantal van deze kinderen blijkt overigens op een bepaald deelgebied van de cognitieve ontwikkeling relatief begaafd te zijn, bijvoorbeeld in de gevoeligheid voor muziek of het maken van puzzels. Ook een extreem goed geheugen voor getallenreeksen komt voor. Het intelligentieprofiel van kinderen met autisme is vaak disharmonisch; er is een discrepantie tussen het performaal en het verbaal IQ, in het voordeel van het performale niveau.

Subgroepen van autisme
Naast Autisme, valt de stoornis van Asperger, het syndroom van Rett, de Desintegratieve stoornis en PDD-NOS ook onder de groep Autisme Spectrum Stoornissen.

De stoornis van Asperger wordt gekenmerkt door dezelfde sociale en communicatieve problemen als bij autisme, maar de vertraagde taalontwikkeling en achterblijvende cognitieve ontwikkeling ontbreekt. Verder valt bij deze kinderen de houterige motoriek op, de langdradige en formele spraak en de monotone intonatie.
Het syndroom van Rett is een progressieve ontwikkelingsstoornis en komt vrijwel uitsluitend bij meisjes voor. Tot ongeveer 6 tot 18 maanden ontwikkelt het kind zich normaal, daarna verliest het kind eerder verworven hand- en taalfuncties. Er treden karakteristieke handbewegingen op, zoals wringen of wassen, in combinatie met sociale en communicatieve stoornissen. Opvallend is verder dat de schedelgroei tussen de leeftijd van vijf maanden en 48 maanden afneemt. De kinderen met het syndroom van Rett gaan op den duurt op verstandelijk gehandicapt niveau functioneren.
Kinderen met een Desintegratieve stoornis laten tot tenminste twee jaar een normale ontwikkeling zien. Daarna verliezen ze een groot deel van hun eerder verworven vaardigheden en ontstaan problemen die vergelijkbaar zijn met die van autistische kinderen.
De diagnose PDD-NOS wordt gebruikt voor kinderen met sociale en communicatieve problemen, maar waarbij zij niet aan alle criteria voldoen om van autisme te kunnen spreken. Bij deze kinderen is tevens vaak sprake van aandachtsproblemen en hyperactiviteit waardoor de afgrenzing met ADHD moeilijk kan zijn. In de DSM-IV wordt autisme beschouwd als hoofddiagnose, waarbij bijkomende aandachtsproblemen en hyperactiviteit als secundair worden beschouwd.
Een mogelijke subgroep van PDD-NOS is de Multiple Complex Development Disorder (MCDD). Dit is (nog) geen erkende classificatie binnen de DSM-IV. MCDD wordt vermoedt wanneer een kind vanaf jonge leeftijd naast problemen in de sociale interactie, ook forse problemen in de affectregulatie heeft (bijvoorbeeld woede-uitbarstingen), sterke angsten en denkstoornissen. Uit onderzoek blijkt dat dit een groep kinderen is met een minder goede prognose, omdat zij kans lopen op een ontwikkeling in de schizofrene richting (Van der Gaag e.a., 1995).

Prevalentie
In eerdere epidemiologische studies werd aangetoond dat ongeveer 2-5 op de 10.000 kinderen autisme heeft. In recente studies zijn cijfers gevonden variërend van 0,7- 30 en zelfs 60 op de 10.000 kinderen. Tegenwoordig wordt aangenomen dat autisme voorkomt bij ongeveer 1 op de 1.000 kinderen. Een heel aantal van deze kinderen voldoet echter niet aan alle criteria van autisme. Er is tot op heden geen verklaring voor deze toename gevonden, dan een eerdere herkenning en verbeterde diagnostiek van Autisme Spectrum Stoornissen. Er werd gedacht aan vaccinaties als oorzakelijke factor, maar grote epidemiologische studies hebben overtuigd aangetoond dat dat niet het geval is (Smeeth et al., 2004). De prevalentie van PDD-NOS is niet geheel duidelijk. De schatting is dat deze subgroep ongeveer twee tot drie keer zo vaak voorkomt als autisme. Het Rett-syndroom heeft een prevalentie van 1 op de 10.000 en komt voornamelijk bij meisjes voor. Er zijn weinig gegevens bekend over de prevalentie van de stoornis van Asperger en de Desintegratieve stoornis.

Etiologie
Naar aanleiding van verschillende opvallendheden, zoals het frequenter voorkomen van bepaalde ziekten als epilepsie en het fragiele X-syndroom, hersenbeschadigingen waarbij autistiform gedrag werd gezien en de erfelijke factor, blijkt dat ASS een neurobiologische aandoening is. Zoals eerder is genoemd is autisme in hoge mate geassocieerd met mentale retardatie (70%) en epilepsie (30%). In welke mate en hoe erfelijke factoren een rol spelen bij andere varianten binnen Autistisch Spectrum Stoornissen is niet duidelijk, maar waarschijnlijk spelen zij ook hierbij een grote rol. Zo komen in gezinnen vaak meerdere kinderen met ASS voor, al niet in milde of ernstige varianten, en heeft in een aantal gevallen ook één of beide ouders problemen op dit vlak (o.a. Cohen, Volkmar, 1997). Het is duidelijk geworden dat meerdere genen betrokken zijn bij het ontstaan van ASS en dat ook de interactie met de omgeving van belang is. Het ontstaan van ASS is (grotendeels) de oorzaak van biologische factoren. Omgevingsfactoren, zoals de opvoeding, zijn van invloed op de wijze waarop de stoornis zich ontwikkeld.

Differentiaaldiagnose
In de praktijk blijkt het niet altijd eenvoudig te zijn om ASS te differentiëren van andere stoornissen, zoals een taalstoornis, verstandelijke handicap, ernstige emotionele verwaarlozing en het borderline-syndroom van de kinderleeftijd (ook wel MCDD genoemd). Bij een taalstoornis gaat het meestal om kinderen met een normale intelligentie met en een expressieve en receptieve taalachterstand. Bij kinderen met autisme is er naast een taalachterstand ook sprake van echolalie, neologismen en de

verwisseling van persoonlijk voornaamwoorden. Daarnaast gebruiken kinderen met een taalachterstand de taal wel op een communicatieve wijze, in tegenstelling tot kinderen met autisme.
Bij het overgrote deel van de kinderen met autisme is er tevens sprake van een verstandelijke handicap. Er is dan sprake van co-morbiditeit op as II van de DSM-IV classificatie. Bij de helft van alle kinderen met een IQ onder de 50 is er tevens sprake van contactstoornissen, stereotype gedrag en/of taalontwikkelingsstoornissen. Dit vertoont veel gelijkenis met de diagnostische criteria voor Autisme Spectrum Stoornissen, waardoor het moeilijk is om vast te stellen of het kind een verstandelijke handicap heeft of een verstandelijke handicap in combinatie met een pervasieve ontwikkelingsstoornis.
ASS moet tevens onderscheiden worden van ernstige emotionele verwaarlozing. Zeer ernstig verwaarloosde kinderen, zoals kinderen met een reactieve hechtingsstoornis, kunnen autisme gelijkend gedrag vertonen. Deze kinderen zijn in zichzelf gekeerd en weinig alert op de sociale omgeving. De taalontwikkeling is meestal ook verstoord en er is veel autostimulatie, zoals hoofdbonken. Indien deze kinderen in een veilige en stimulerende omgeving worden geplaatst, verbleken meestal bovengenoemde symptomen.
Tot slot moet ASS gedifferentieerd worden van het borderlinesyndroom van de kinderleeftijd. Deze problematiek wordt gekenmerkt door erg onvoorspelbaar gedrag, een hoog angstniveau en fobisch of obsessies compulsief gedrag. Het kind heeft lichte contactstoornissen, een eenzijdige belangstelling en een heftig fantasieleven, waarin het kind vaak overspoelt raakt en de realiteit kwijtraakt. De stoornis wordt momentaal als een aan autisme verwante stoornis gezien, de 'multiple complex developmental disorder'(MCDD).

Co-morbiditeit
Bij mensen met ASS worden relatief veel psychiatrische symptomen waargenomen welke bekend zijn bij andere psychiatrische stoornissen. Een deel van die symptomen behoort bij de ASS-problematiek, maar soms is er echt sprake van co-morbiditeit.
De frequentie van de veelvoorkomende symptomen is hoog:

- 60% aandacht- en concentratieproblemen
- 40% hyperactiviteit
- 43 -88% preoccupaties
- 37% obsessies
- 16 - 86% compulsies of rituelen
- 50 -89% stereotypieën
- 70% stereotype maniërisme (= uitblinken in een bepaalde vaardigheid)
- 17 -74% angsten
- 9 -44% depressieve symptomen of prikkelbaarheid
- 11% slaapstoornissen
- 24- 43 % automutilatie
- 8% tics

Beloop en prognose
Onderzoek heeft uitgewezen dat 5% tot 17% van de autistische populatie een bevredigend sociaal leven heeft en redelijk functioneert op school of werk. Daarbij is het wel belangrijk dat deze autistische mensen om te kunnen functioneren, aangewezen zijn op speciaal werk of op een prikkelarme werkplek. Ruim 60 -75% van de autistische populatie bleek een slechte prognose te hebben. Zij vertoonden een ernstige handicap en waren niet in staat tot het leiden van een zelfstandig leven (Lotter, 1978). Momenteel is het mogelijk om voor autistische kinderen in de leeftijd van vijf tot acht jaar een redelijk goede prognose te geven over hoe het kind zich tot in de volwassenheid zal ontwikkelen. Kinderen die op hun achtste jaar een performaal IQ lager dan 60 hebben en geen taalontwikkeling vertonen, hebben met zeer grote waarschijnlijk een slechte prognose. De prognose is moeilijker in te schatten bij kinderen met een hoge non-verbale intelligentiescore maar zonder behoorlijke vooruitgang in de taalontwikkeling. Tot de groep met een relatief goede sociale prognose, horen de kinderen met een hoge non-verbale intelligentiescore en een ontwikkeling van zinvolle taal vóór het vijfde levensjaar. Bij deze kinderen spelen echter ook andere omstandigheden een rol bij de prognose, zoals de hoeveelheid tijd die een kind op school kan doorbrengen en de kwaliteit van het sociale gedrag van het kind.

Behandeling
Bij de behandeling van ASS dient er veel rekening gehouden te worden met de beperkingen die de stoornis met zich meebrengt. Door het creëren van een rijke en groeizame omgeving, met gerichte stimulatie is het mogelijk om de ontwikkelingsvoortgang te stimuleren. Hierbij kunnen onnodige secundaire handicap voorkomen worden.

Aandachtstekortstoornissen en hyperactiviteit

De Aandachtstekortstoornis met Hyperactiviteit (ADHD) is een veel voorkomende stoornis op de kinder- en jeugdleeftijd. Deze stoornis kenmerkt zich door drie kernsymptomen: aandachtstekortstoornis, hyperactiviteit en impulsiviteit. Het is een chronische stoornis met een hoge persistentie in de volwassenheid (1- 1,5%) , waardoor langdurige behandeling en begeleiding vaak noodzakelijk is.

Klinisch beeld
Kinderen met een aandachtstekort-/hyperactiviteitsstoornis verschillen van normale kinderen met ongeconcentreerd, hyperactief gedrag doordat het gedrag in extreme mate voorkomt, de symptomen duurzaam van aard zijn, in uiteenlopende situaties optreden en al in de kinderjaren hebben geleid tot disfunctioneren. Het gedrag van ADHD- kinderen kan variëren in verschillende situaties; dit heeft te maken met verschillen in eisen en setting en verschillen in houding en oordeel tussen de verschillende beoordelaars (leerkracht, ouder). De DSM-IV stelt als eis dat de symptomen al voor het zevende levensjaar aanwezig moeten zijn, terwijl bij circa 18% van de kinderen met ADHD en circa 43% van de kinderen met ADD het disfunctioneren pas begon na het zevende jaar. Beneden de leeftijd van vier jaar is de diagnose ADHD moeilijk te stellen, omdat hyperactief en impulsief gedrag op die leeftijd moeilijk te onderscheiden is van agressief en uitdagend gedrag.

De DSM-IV onderscheidt drie typen van ADHD:

- ADD; het overwegend onoplettende type. Dit zijn kinderen die moeite hebben met de aandacht en concentratie, en snel afgeleid en vergeetachtig zijn. Ze hebben een tragere informatieverwerking en moeite met het opbrengen van selectieve aandacht. Het komt regelmatig voor dat ze tevens enkele kenmerken van hyperactiviteit en/of impulsiviteit laten zien.
- Het overwegend hyperactieve en impulsieve type. Deze kinderen worden gekenmerkt door overwegend druk en impulsief gedrag. Ze lijken nooit stil te kunnen zitten, praten veel en verstoren andermans gesprekken of bezigheden.
- Het gecombineerde type met zowel aandachtsproblemen als hyperactiviteit. Dit type komt het meeste voor. Deze kinderen hebben moeite met aandacht en concentratie en zijn druk, beweeglijk en impulsief.

Prevalentie
De incidentie van ADHD lijkt te zijn gestegen de afgelopen decennia. Bekend is dat verbeterd inzicht in de problematiek en verbeterde diagnostiek ertoe bijdraagt dat de diagnose vaker wordt gesteld. Onderdiagnostiek komt daarentegen ook nog voor, vooral bij meisjes, kinderen met ADD en kinderen van etnische minderheden. Volgens de gezondheidsraad komt ADHD voor bij 2-8 % van de schoolgaande kinderen tot 14 jaar. De verhouding jongens/meisjes is daarbij 3:1.

Etiologie
Erfelijke factoren spelen een grote rol bij het ontstaan van ADHD. Tevens is duidelijk geworden dat het brein van kinderen met ADHD anders functioneert. In vergelijkingen met normale kinderen valt neuro-anatomisch op dat verschillende hersengebieden van kinderen met ADHD kleiner zijn dan die van hun leeftijdsgenoten. Het uiteindelijke klinische beeld van ADHD wordt bepaald door een wisselwerking tussen enerzijds erfelijke en biologische factoren en anderzijds omgevingsfactoren, zoals een laag opleidingsniveau van de moeder, een lage sociaal-economische klasse en het opgroeien in een éénoudergezin.

Differentiaaldiagnose
De volgende stoornissen moeten worden onderscheiden van ADHD:

- Pervasieve ontwikkelingsstoornis
- Psychose
- Gedragsstoornis
- Hechtingsstoornis, ernstige verwaarlozing
- Angst- of stemmingsstoornis
- Syndroom van Gilles de la Tourette
- Zintuiglijke stoornis (gehoor, visus)
- Verstandelijke handicap, hoogbegaafdheid
- Leer- of taal/spraakstoornis
- Motorische coördinatiestoornis
- Slaapproblemen

Co-morbiditeit
ADHD gaat vaker dan gemiddeld gepaard met andere problematiek, waarvan ODD het meest bekend is. Zo laat 40- 60 % van de kinderen met ADHD ook oppositioneel gedrag zien. Co-morbiditeit kan de problematiek doen verergeren.
De frequentie van de overige symptomen is als volgt:

- 70% van de kinderen me een ticstoornis heeft tevens ADHD. Ongeveer 10% van de kinderen met ADHD heeft tics.
- 25% van de kinderen met ADHD heeft angstklachten, welke vaak niet onderkend worden.
- Er is een grote overlap tussen ADHD en PDD-NOS.
- Veel kinderen met ADHD hebben last van slaapstoornissen, vooral inslaapstoornissen. Dit kan zowel het gevolg zijn van medicatie, als voorafgaand aan de medicatie al aanwezig zijn.

Beloop en prognose
ADHD is geen stoornis die zich beperkt tot de kinderleeftijd. In de adolescentie en de volwassenheid hebben de meeste mensen nog klachten, al ziet de stoornis er dan anders uit. Klimmen en rennen veranderd vaak in innerlijke onrust. De aandachts- en concentratieproblemen vallen vaak meer op naarmate het kind ouder wordt. Anderzijds kunnen de symptomen ook bij sommige kinderen verbleken. Ongeveer 40- 50% blijft in de volwassenheid klachten houden die hun functioneren zodanig beperken dat behandeling en begeleiding nodig is.
De prognose hangt onder meer samen met de co-morbiditeit en het vermogen van ouders om een overzichtelijk en gestructureerd opvoedingsklimaat te handhaven. Ook de capaciteit van de persoon met ADHD om met zijn problematiek om te gaan, speelt een rol. Een kind met een goede intelligentie, dat opgroeit in een gezond opvoedingsklimaat en een goede schoolomgeving en weinig co-morbiditeit zal met goede begeleiding een gunstigere prognose hebben dan de kinderen die deze factoren niet bezitten.

Behandeling
ADHD vraagt om chronische behandeling en begeleiding, waarbij de huisarts bij mildere gevallen een grote rol kan spelen. Uit studies blijkt dat de combinatie van medicatie met een gedragstherapeutische benadering het beste effect heeft. In mildere gevallen of op hele jonge leeftijd kan ook alleen gedragstherapeutische begeleiding ingezet worden. Uit een onderzoek dat uitgevoerd is binnen de Jeugdhulpverlening blijkt dat de behandeling van ADHD het meeste effect heeft in een pedagogisch klimaat van zowel structuur als affectie en emotionele ondersteuning. Opvallend is dat het bieden van enkel structuur en controle tot een toename van ADHD- symptomen leidt, terwijl daarentegen de combinatie van structuur en emotionele ondersteuning leidt tot een afname van de symptomen. (van der Ploeg, Scholte, 2001)

Gedragsstoornissen
In de ontwikkeling van kinderen en adolescenten is het normaal dat zij zich wel eens af zetten tegen volwassenen, liegen, vechten of anderen pesten. Wanneer verschillende oppositionele, antisociale of agressieve gedragen zich gedurende langere tijd voordoen, herhaaldelijk optreden en het een duidelijke ongunstige invloed hebben op het functioneren van het kind, is er volgens de DSM-IV sprake van een gedragsstoornis. De DSM-IV spreekt van twee categorieën: de oppositionele opstandige gedragsstoornis (ODD) en de anti-sociale gedragsstoornis (CD). Waar men vroeger dacht

dat oppositionele, anti-sociale en agressieve symptomen vooral door ongunstige omgevingsfactoren veroorzaakt werden, is de afgelopen jaren steeds meer duidelijk geworden dat kindfactoren een belangrijk aandeel hebben. Vooral als gedragsproblemen zich reeds op jonge leeftijd manifesteren, is er in de adolescentie en de volwassenheid een verhoogde kans op psychiatrische stoornissen, alcohol of drugsverslaving en sociaal disfunctioneren op het werk en in het gezin (Verhulst, 2001).

Klinisch beeld
Van oppositioneel gedrag wordt gesproken wanneer het kind zich verzet tegen de leiding van de volwassenen, zoals weigeren om te doen wat gevraagd wordt of driftig reageren op correcties. Gedrag is antisociaal wanneer de fundamentele rechten van anderen geweld wordt aangedaan of belangrijke bij de leeftijd horende sociale normen en regels worden overtreden. Een vorm van antisociaal gedrag is agressief gedrag. Van agressief gedrag wordt vervolgens gesproken wanneer aan een ander persoon of aan een voorwerp met opzet schade wordt toegebracht
Er zijn drie vormen van agressief gedrag: fysiek (slaan, schoppen etc.), verbaal (uitschelden, bedreigen, pesten etc.) en relationeel agressief gedrag (onjuiste geruchten verspreiden over een ander kind om deze buiten de groep te sluiten of uit wraak vriendschap met een ander sluiten).

In agressief gedrag kan onderscheidt gemaakt worden tussen een reactieve vorm en een proactieve vorm (Kempes e.a., 2005). Reactief agressief gedrag kan gedefinieerd worden als een vijandige, boze reactie op een waargenomen frustratie. Deze vorm van agressie wordt ook wel affectieve agressie genoemd, en is vaak een verdediging tegen die persoon die als bedreigend of frustrerend wordt ervaren. Vanuit angst zal het kind zich bij voorbaat al defensief en agressief opstellen. Proactief agressief gedrag is daarentegen gecontroleerd. Deze vorm van agressie wordt ook wel offensieve of instrumentele agressie genoemd en wordt gebruikt om een bepaald doel te bereiken. Reactief agressieve kinderen hebben vaak een geschiedenis van lichamelijke mishandeling, problemen in de sociale informatieverwerking en aanpassingsproblemen in relaties met leeftijdsgenoten. Het proactief agressieve kind is minder emotioneel en wordt meer geleid door de verwachting dat het agressieve gedrag positieve gevolgen zal hebben, bijvoorbeeld door jarenlange positieve bekrachtiging van agressief gedrag.

De oppositioneel opstandige gedragsstoornis kan gezien worden als een mildere variant van de anti-sociale gedragsstoornis. Een redelijk aantal kinderen tussen de 4 en de 7 jaar vertoont eerst een oppositionele opstandige gedragsstoornis, wat zich bij een ongunstige invloed ontwikkelt tot een anti-sociale gedragsstoornis wanneer de kinderen tussen de leeftijd van 8 en 10 jaar zijn. Deze kinderen met een antisociale gedragsstoornis van het type 'beginnend in de kinderleeftijd', blijven ook de verschijnselen vertonen van een oppositioneel opstandige gedragsstoornis. Er zijn echter ook jonge kinderen met een oppositioneel opstandige gedragsstoornis bij wie de stoornis verdwijnt of blijft zonder zich te ontwikkelen tot een antisociale gedragsstoornis. Tot de antisociale gedragsstoornis met het type 'beginnend in de adolescentie' behoren de jeugdigen die in de kinderleeftijd geen antisociaal gedrag vertoonden en dit pas doen in de adolescentie. Het type met een begin in de kinderleeftijd vertoont meer agressieve symptomen, heeft meer co-morbiditeit met ADHD en een lees- of taalstoornis en heeft een slechtere prognose dan het andere type van de antisociale gedragsstoornis.

Prevalentie
De oppositioneel opstandige gedragsstoornis en de antisociale gedragsstoornis zijn van groot belang voor de kinder- en jeugdpsychiatrie, vanwege de hoge prevalentie en het risico voor negatieve uitkomsten. De prevalentie van de oppositioneel opstandige gedragsstoornis is 3,2 % en van de anti-sociale gedragsstoornis 2,0 % (Lahey e.a., 1999). In de prevalentie van de oppositioneel opstandige gedragsstoornis blijkt er geen duidelijk verschil te in de verhouding jongens/meisjes. Daarentegen is de prevalentie van de antisociale gedragsstoornis hoger bij jongens dan bij meisjes.

Etiologie
Het ontstaan en in stand houden van gedragsstoornissen bij kinderen en jeugdigen is meestal te verklaren vanuit een combinatie van kind- en omgevingsfactoren. Er is vaak een wisselwerking tussen enerzijds een neuropsychologische kwetsbaarheid van het kind en anderzijds een omgeving die hier niet optimaal op in speelt (Matthys, 2003). Zo kan een kindkenmerk, zoals bepaalde temperamentskenmerken of ADHD, bepaalde omgevingskenmerken uitlokken, zoals inconsequent omgaan met ongewenst gedrag. Tevens kan een omgevingsrisico, zoals mishandeling, leiden tot een kindkenmerk, zoals de neiging onterecht vijandige intenties aan anderen toe te kennen. Naast de

risicofactoren dient er ook oog te zijn voor beschermende factoren als een hoge intelligentie, een goede relatie met een ouder of een goede schoolsituatie.

De volgende kindgebonden risicofactoren zijn van invloed op het ontstaan en in stand houden van gedragsstoornissen: (deze zijn vooral van belang bij een gedragsstoornis met een vroeg begin)

- ADHD
- Een leesachterstand of –stoornis
- Een taalachterstand of –stoornis
- Een coördinatieontwikkelingsstoornis
- Zwakbegaafdheid, in het bijzonder op verbaal gebied
- Bepaalde temperamentskenmerken, zoals emotionele labiliteit, negativisme en een korte aandachtsboog (Caspi e.a., 1995)
- Erfelijkheid, vooral wanneer antisociaal en agressief gedrag samengaat met een zich vroeg manifesterende overbeweeglijkheid, aandachtstekorten en een algeheel sociaal disfunctioneren (Rutter, 1997)
- Een verlaagd activatieniveau van het autonoom zenuwstelsel (hartslagfrequentie, huidgeleiding), mogelijk in verband met onbevreesd zijn en een geringe gevoeligheid voor straf (Matthys e.a., 1998, 2004).
- Bij kinderen en jeugdigen met gedragsstoornissen werd herhaaldelijk een verminderde serotonerge functie gevonden. Serotonine wordt verondersteld een moduleren rol te spelen in allerlei functies, zoals het inhiberen van gedrag.
- Tevens worden er afwijkende sociale cognities vastgesteld bij kinderen met gedragsstoornissen. Hun sociale informatieverwerking en sociale probleemoplossing vertoonden afwijkende kenmerken, zoals een verminderde aandacht voor informatie, en meer aandacht voor vijandige informatie. Voor sociale problemen bedenken ze minder oplossingen (Matthys e.a., 1999) en vaker een agressieve oplossing (Dodge e.a., 1986).

De rol van omgevingsfactoren kan bij het type ‘beginnend in de kinderleeftijd’ beschreven worden vanuit de alledaagse ouder- kindinteracties. Deze worden veelal gekenmerkt door:

- Het geven van onvoldoende of onduidelijke positief geformuleerde opdrachten;
- Het onvoldoende zicht hebben en waardering tonen voor sociaal wenselijk gedrag;
- Het inconsequent en vaak hard straffen;
- Weinig direct toezicht op het kind;
- Weinig oog hebben voor en tonen van gevoelsmatige betrokkenheid op het doen en laten van het kind (Kazdin, 1995).

Voor een deel worden deze opvoedingskenmerken door het kind zelf uitgelokt en voor een deel hangen ze samen met een reeks eigenschappen van de ouders en het gezin, zoals:

- Persoonlijkheidskenmerken van ouders, zoals gedeprimeerdheid, prikkelbaarheid en emotionele afstandelijkheid
- Psychiatrische stoornissen bij ouders, zoals ADHD, drugs- en alcoholverslaving en persoonlijkheidsstoornissen
- Delinquentie van één of beide ouders
- Disharmonie met openlijke conflicten en agressie tussen de ouders
- Herhaalde wisselingen van ouder- of opvoedfiguren
- Mishandeling
- Een lage socio-economische status
- Eénoudergezin
- Sociaal isolement van het gezin (Kazdin, 1995).

Differentiaaldiagnose

Bij het stellen van de diagnose moet er rekening worden gehouden met de volgende differentiaaldiagnoses:

- Antisociaal gedrag bij kind of jeugdige
- Ouder- kindrelatieproblemen
- Aanpassingstoornis met een stoornis van het gedrag
- ADHD

- Dysthyme of depressieve stoornis
- Reactieve hechtingsstoornis
- PDD-NOS
- Stoornis van Asperger
- Stoornis in de impulsbeheersing.

Co-morbiditeit
Co-morbiditeit is een veelvoorkomend verschijnsel bij gedragsstoornissen. Bij het type 'beginnend in de kinderleeftijd' komt vaak co-morbiditeit voor met: ADHD, leesstoornis, taalstoornis, coördinatieontwikkelingsstoornis, zwakbegaafdheid en lichte zwakzinnigheid. Bij zowel 'beginnend in de kindertijd' als 'beginnend in de adolescentie' komt co-morbiditeit voor met: de dysthyme stoornis, depressieve stoornis, angststoornis, posttraumatische stress- stoornis en dissociatieve stoornis. In de adolescentie komt ook co-morbiditeit voor met middelenmisbruik.

Beloop en prognose
Prospectief- longitudinaal onderzoek naar externaliserend gedrag (waaronder oppositioneel en fysiek agressief gedrag) bij jongens in de leeftijd van vijf tot zestien jaar, heeft uitgewezen dat agressief en antisociaal gedrag me de leeftijd afneemt (Nagin, Tremblay, 1999). Er kunnen echter vier groepen worden onderscheiden met een verschillend beloop in tijd:

- De groep met persistent hoog- externaliserend gedrag; dit is een groep met een blijvend hoog niveau van externaliserend gedrag
- De groep met een hoog maar afnemend niveau van externaliserend gedrag
- De groep met een matig en afnemend niveau van externaliserend gedrag
- De groep met een persistent laag niveau van externaliserend gedrag.

Met de leeftijd zullen openlijke vormen van antisociaal gedrag gemiddeld afnemen, maar de bedekte vormen nemen daarentegen met de leeftijd toe. Daarnaast nemen de meest ernstige vormen van fysiek agressief gedrag, zoals verkrachting en doodslag, in de loop van de adolescentie in frequentie toe (Loeber, Stouthamer-Loeber, 1998). Naast een antisociale ontwikkeling is er bij kinderen en jeugdigen met een gedragsstoornis een verhoogd risico voor psychiatrische stoornissen in de volwassenheid zoals persoonlijkheidsstoornissen, depressies en verslaving, voor werkloosheid, frequentie wisselingen van baan, afhankelijkheid van sociale voorzieningen, herhaalde echtscheidingen en ziekenhuisopnamen vanwege somatische aandoeningen (Kazdin, 1995). Bij meisjes is er tevens een verhoogd risico voor vroege zwangerschap, het vinden van een antisociale partner en het hebben van kinderen met gedragsstoornissen. Lang niet alle kinderen en jeugdigen met gedragsstoornissen vertonen echter deze ongunstige ontwikkeling. Indicatoren voor een ongunstige prognose zijn: een vroege leeftijd van aanvang van de stoornis, de aanwezigheid van fysieke agressie, co-morbiditeit met ADHD, aan laag activatieniveau van het autonome zenuwstelsel en (vebale) zwakbegaafdheid (Maugham, Rutter, 2000).

Behandeling
Bij het inzetten van een behandeling wordt voorkeur aangesloten op die mechanismen waarvan aangetoond is dat zij een rol spelen in het ontstaan en in stand houden van de stoornis. In de praktijk bestaat de behandeling veelal uit een combinatie van medicatie en gedragstherapeutische en/of systeemtherapeutische behandelmethoden. Medicatie is geïndiceerd voor de beïnvloeding van ernstige en openlijke vormen van agressief gedrag nadat gebleken is dat psychotherapeutische methoden, zoals de begeleiding en training van opvoedingsvaardigheden bij ouders, onvoldoende effect waren. Bij het indiceren van medicatie speelt daarnaast het voorkomen van co-morbiditeit een centrale rol. In het geval van co-morbiditeit met ADHD en een duidelijke belemmering van het functioneren in meerdere gebieden en in meerdere milieus, is medicatie als eerste stap geïndiceerd. De Multisysteemtherapie richt zich niet alleen op de jeugdige, zijn ouders en het gezin, maar ook op de groep leeftijdsgenoten, de school en de buurt.

Ticstoornissen
De DSM-IV omschrijft een tic als een plotselinge, snelle, herhaalde, niet-ritmische stereotiepe motorische beweging of vocale uiting. Tics komen veel voor bij kinderen in de basisschoolleeftijd, maar in het merendeel van de gevallen zijn deze van voorbijgaande aard. De tics verminderen over

het algemeen sterk voor het bereiken van de volwassen leeftijd. Indien er echter sprake is van zowel verschillende motorische tics als tenminste één vocale tic, die gedurende meer dan een jaar vrijwel dagelijks vele keren per dag optreden, wordt er gesproken van de stoornis van Gilles de la Tourette (GTS). Indien er uitsluitend motorische of vocale tics voorkomen, worden deze geclassificeerd als respectievelijk een chronische motorische tic-stoornis en een chronische vocale tic-stoornis.
De DSM spreekt van een passagere tic-stoornis wanneer de tics korter dan een jaar, maar gedurende tenminste vier weken aanwezig zijn. Tot slot is er binnen de DSM-IV nog een restgroep, de tic-stoornis niet anderszins omschreven. Deze classificatie kan bijvoorbeeld gebruikt worden wanneer de tics korter dan vier weken aanwezig zijn.

Klinisch beeld
Tot voor kort werd Gilles de la Tourette gezien als een ernstige, levenslang durende aandoening. In het merendeel van de gevallen zijn de tics bij deze stoornis echter relatief mild en gaan ze met weinig hinder gepaard. Daarentegen kunnen tics dermate hinderlijk zijn voor de dagelijkse activiteiten, doordat ze erg krachtig en/of frequent voorkomen. In sociaal opzicht kunnen de tics voor kinderen ook ongunstig zijn. Kenmerkend voor tics is het wisselende beloop in ernst over de tijd. Er kunnen sterke wisselingen per dag zijn, maar de ernst van de tics kunnen ook fluctueren per week of maand, waarbij het type en het aantal aanwezige tics ook variabel is over de tijd. De drang tot het hebben van tics is geheel onvrijwillig, maar de tics kunnen door het individu vaak wel enige tijd onderdrukt worden waardoor ze voor de buitenwereld nauwelijks opvallen. De aandrang tot het hebben van tics neemt vaak toe, nadat deze enige tijd onderdrukt zijn geweest. De uitingsvormen van tics kunnen heel divers zijn. Motorische tics, zoals oogknipperen, trekkingen met de neus, gezichtsgrimassen en schoudertrekkingen, komen frequenter voor dan vocale tics. Genoemde voorbeelden zijn enkelvoudige motorische tics, motorische tics kunnen ook meer samengesteld zijn, zoals het aanraken van voorwerpen, het maken van gebaren of rechtleggen van voorwerpen. Vocale tics kunnen tevens enkelvoudig of samengesteld zijn. Kuchen, snuiven of knorren zijn voorbeelden van enkelvoudige vocale tics, en het roepen van woorden of hele zinnen worden samengestelde vocale tics genoemd.

Prevalentie
De prevalentie van ticstoornissen zijn niet altijd eenvoudig te onderzoeken, doordat personen of de omgeving zich lang niet altijd bewust zijn van de aanwezigheid van tics. Daarnaast zijn tics niet altijd in elke context aanwezig en kunnen ze sterk wisselingen over de tijd. Het tijdelijk voorkomen van tics is behoorlijk prevalent, maar een chronische ticstoornis zoals GTS is zeldzaam. Volgens een recente epidemiologische studie uitgevoerd bij kinderen in de leeftijd van 7 tot 15 jaar, komt GTS voor bij 0,6% van de kinderen. Van een chronische motorische ticstoornis is sprake bij 0,8% van alle kinderen, en bij 0,5% van alle kinderen is er sprake van een chronische vocale ticstoornis. In totaal heeft dus bijna 2% van de kinderen tussen de 7 en 15 jaar last van chronische tics. Tics en de stoornis van Gilles de la Tourette komt bij jongens tweemaal zo vaak voor als bij meisjes.

Etiologie
Ticstoornissen, waaronder GTS, hebben een sterk genetische basis (Pauls, 2001). Bij meer dan 80% van de mensen met tics, is er sprake van een positieve familieanamnese voor tics. Er zijn tot nu toe echter nog geen genen voor GTS gevonden. Waarschijnlijk is er geen sprake van een enkel gen voor tics, maar van een complex samenspel van diverse genen die in verband staan met een verhoogde gevoeligheid voor het verkrijgen van tics, in combinatie met ongunstige omgevingsfactoren. Voorbeelden van ongunstige omgevingsfactoren zijn moeilijkheden bij de bevalling of een laag geboortegewicht (perinatale factoren), en psychosociale stress. Tics komen in alle lagen van de bevolking evenveel voor (Shapiro, Shapiro,Wayne, 1972). Dit gegeven wil zeggen dat omgevingsinvloeden in het geheel geen rol spelen. Uit de klinische praktijk is gebleken dat de ernst van tics wel duidelijk gerelateerd is aan spanningsvolle gebeurtenissen. Tot slot zijn er steeds meer aanwijzingen dat infecties met streptokokken in verband staan met het ontstaan van tics, waarschijnlijk door een auto-immuun reactie tegen bepaalde hersengebieden.

Differentiaaldiagnose
Over het algemeen levert het stellen van de diagnose weinig problemen op, omdat er bij bewegingen met een snel en plotseling karakter, die wisselen in ernst, vrijwel altijd sprake is van tics. Verwarring zou mogelijk kunnen optreden met een aantal andere bewegingsstoornissen. Daarnaast dienen tics

van dwanghandelingen te worden onderscheiden. Dwanghandelingen kunnen voorkomen wanneer er sprake is van een obsessieve compulsieve stoornis.

Co-morbiditeit
Bijkomende problemen veroorzaken regelmatig meer hinder en beperkingen dan de tics zelf. Bekend is een associatie van tics met ADHD en met obsessies en compulsies. Ook internaliserende problemen, als angst en depressie en problemen in de sociale vaardigheden komen vaak geassocieerd met een ticstoornis voor.

Beloop en prognose
De beginleeftijd van tics is gemiddeld zes jaar (Comings, Comings, 1985).Een begin van tics voor het tweede en na het twaalfde levensjaar is zeer ongebruikelijk. Een kind krijgt over het algemeen niet van de een op andere dag tics. In de beginfase zijn op sommige momenten af en toe lichte tics zichtbaar, afgewisseld met ticvrije periodes. In de loop van de tijd kunnen de tics dan ofwel langzaam frequenter en krachtiger optreden, ofwel spontaan verdwijnen. De tics zijn aanvankelijk vaak alleen in het gezicht aanwezig, zoals het versterkt knipperen met de ogen. In de periode daarna hebben de tics de neiging zich richting andere delen van het lichaam uit te breiden en meer samengesteld en krachtiger te worden. Voor het bereiken van de puberteit is het beloop van tics vaak moeilijk voorspelbaar en grillig van aard. De wisselingen in symptomen nemen over de tijd vaak sterk af, waardoor het beeld veel stabieler is. Na de puberteit en in het begin van de volwassenheid nemen de tics vaak in frequentie en intensiteit af. (Bruun, Budman, Leckman e.a., 1998).

Behandeling
Een belangrijke taak is samen met de ouders en het kind vast te stellen wat de grootste hinder en belemmering oplevert; de tics zelf of eventueel aanwezige co-morbiditeit. Dit bepaald namelijk wat de belangrijkste focus van de behandeling dient te zijn. Tics hoeven niet altijd behandeling te worden, omdat tics ook onbehandeld vaak een gunstige prognose hebben. De belangrijkste elementen in de behandeling zijn psycho-educatie, het monitoren van het verloop van de tics over de tijd, gedragstherapie en medicatie. Bij psycho-educatie dient er een heldere, duidelijke uitleg gegeven te worden over de achtergrond van een ticstoornis. Aan ouders kan uitgelegd worden dat tics vaak tijdelijk onderdrukt kunnen worden, maar toch geheel onvrijwillig optreden. Het monitoren van de ernst van de tics over de tijd is zinvol omdat tics zo sterk kunnen wisselen over de tijd. Dit kan bijvoorbeeld met behulp van de ‘Yale Global Tic Severity Scale’. Met behulp van dit instrument kan door middel van een semi-gestructureerd interview de intensiteit, frequentie, de belemmering en het aantal tics van de afgelopen week in kaart worden gebracht.

Reactieve hechtingsstoornis
Gehechtheid wordt omschreven als een duurzame, affectieve band die zich in de eerste levensjaren ontwikkelt tussen een kind en de primaire verzorger. In de hechtingstheorie staat de vitale behoefte aan contact en zorg centraal, welke onafhankelijk is van de bevrediging van de basale lichamelijke behoeften. Gehechtheid uit zich in gedrag dat als doel heeft de nabijheid van de primaire verzorger te zoeken, vooral onder stressvolle omstandigheden, en in reactie op separatie van de primaire verzorger. Bepalend voor de ontwikkeling van de hechting zijn zowel kindkenmerken, zoals temperament en expressieve mogelijkheden, als de kenmerken van de verzorgers, zoals sensitiviteit en het vermogen tot reflectie. Er zijn aanwijzingen dat de basis voor de band tussen moeder en kind al door prenatale ervaringen wordt vastgelegd (Insel, 1997). Tijdens de vroege postnatale periode wordt het gedrag en de fysiologie van de baby gereguleerd door de voortdurende nauwe interactie tussen moeder en kind. Separatie van de primaire verzorger en (subtiele) vormen van verwaarlozing en deprivatie, kunnen leiden tot min of meer ernstige ontregeling (Hofer, 1996; Caldji, Diorio, Meany, 2000). De kwaliteit van vroege hechtingsrelaties geeft dan ook mede vorm aan het verdere verloop van de ontwikkeling van het kind. Een veilige hechting met verzorger in de eerste twee levensjaren wordt geassocieerd met een betere socialisatie, betere volgzaamheid ten aanzien van ouders, effectievere emotieregulatie en een cognitieve voorsprong (Goldberg, 2000). Op basis van de ervaringen met ouders of verzorgers en de mate van responsiviteit op de exploratiedrang van het kind, ontstaat een innerlijk werkmodel dat invloed uitoefent op de emotionele beleving van relaties, de cognitieve stijl, het vermogen tot reflectie, de coherentie van het denken en de werking van het

geheugen. Onveilige gehechte kinderen en volwassenen hebben dus een onveilig innerlijk werkmodel van zichzelf en anderen ontwikkeld. [43]

Klinisch beeld
Gehechtheid kan grofweg in vier categorieën worden ingedeeld: veilig, onveilig of verstoord of gestoord. Onder ongunstige omstandigheden, gelegen in het kind en de verzorger, kan zich een min of meer onveilige hechting ontwikkelen en in extreme gevallen een hechtingsstoornis. Een onveilige hechting is beslist niet gelijk te stellen aan psychopathologie, en moet tevens onderscheiden worden van een hechtingsstoornis. Bij ongeveer 40- 45% van alle kinderen is er sprake van een onveilige hechting. Een onveilige hechting kan eerder gezien worden als een risicofactor voor disfunctioneren, voornamelijk bij kwetsbare individuen. Een onveilige hechting kan het beloop van kinderpsychiatrische stoornissen nadelig beïnvloeden (Cassidy, 1997; Van IJzendoorn e.a., 1997; Willemsen-Swinkels e.a., 2000). Zo wordt onder andere contact- en relatiestoornissen, aandachts- en leerstoornissen (ADHD), depressiviteit, drugsgebruik en angst- en stemmingsstoornissen in verband gebracht met een verstoorde hechting. De meer ernstige psychische problematiek, zoals borderline, anorexia en automutilatie worden ook in verband gebracht met vroege hechtingsstoornissen. Schore (1994;2003) heeft aangetoond dat kinderen die opgroeien met een gebrekkige emotionele veiligheid andere hersenen ontwikkelen. De orbitofrontale cortex van de rechter hemisfeer, het gebied in de hersenen dat geassocieerd wordt met het vermogen tot het aangaan van intieme en sociale relaties, vertoont minder synaptisering.

Het concept van onveilige hechting is gebaseerd op de ‘vreemde situatie’ procedure, in normale populaties van kinderen tot circa twee jaar. Deze procedure bestaat uit acht korte perioden van drie minuten, waarbij het kind achtereenvolgens geconfronteerd wordt met separaties van de primaire verzorger. Enkele separaties gebeuren in de aanwezigheid van een onbekende volwassene. In deze procedure kunnen de verschillen in hechtingsgedrag in vier typen onderverdeeld worden: veilig, vermijdend, afwerend/ambivalent en gedesorganiseerd. Alleen de gedesorganiseerde en in mindere mate de vermijdende hechtingstype worden duidelijk geassocieerd met psychopathologie. De regulatie van gedrag en emoties verschilt tussen de verschillende typen; onveilig gehechte kinderen zijn het best te observeren tijdens de scheiding en hereniging met de ouder. Kinderen met een veilige hechting zoeken in geval van nood, troost en steun bij de primaire verzorger, om daarna weer over te gaan op zelfstandig exploratief spel. Bij het vermijdend type gehechtheid worden emoties die gerelateerd zijn aan de behoefte aan nabijheid gedeactiveerd, bij het kind is angst niet waarneembaar, maar een vervlak affect of neutrale emotionele opstelling. Dit eventueel in combinatie zijn met overmatige exploratie en oppervlakkig spel als copingstrategie. Er is echter vastgesteld dat er wel degelijk sprake is van verhoogde stress (verhoogde cortisolrespons). Deze kinderen lijken onverschillig en worden vaak, ten onrechte tot ‘makkelijke kinderen’ bestempeld. In werkelijkheid is het een vorm van zelfbescherming tegen de pijn van de afwijzing die het contact met de primaire verzorger oproept. Het kind heeft een mentale representatie opgebouwd van onbereikbare ouder(s).
Bij het ambivalent/afwerend type gehechtheid worden emoties daarentegen juist overmatig geactiveerd tijdens de scheiding en hereniging, wat zich uit in versterkt aanklampend gedrag en afwezige exploratie of interesse in spel. Deze kinderen zoeken wel contact met de primaire verzorger, maar zijn boos en moeilijk te troosten. Ze klampen zich enerzijds een de verzorger vast, maar weren haar anderzijds ook teleurgesteld af. Bij het gedesorganiseerd type worden inconsequente en zwak ontwikkelde strategieën gezien tijdens de stress van de separatie. Deze kinderen zijn niet in staat om op om op scheiding of dreiging adequaat te reageren. Ze vertonen vaak chaotisch gedrag en lijken overspoeld te worden door emoties die ze niet kunnen reguleren. Ze wisselen voortdurend van reactie en strategie, waardoor hun gedrag vaak doelloos en tegenstrijdig lijkt.
De criteria van de Reactieve Hechtingsstoornissen zijn, anders dan bovengenoemde classificatie van hechtingsgedrag bij normale populaties, afgeleid van onderzoek bij verwaarloosde en/of mishandelde kinderen of kinderen die in omstandigheden opgroeiden waar zij geen kans kregen een selectieve hechtingsrelatie aan te gaan. Hier ging het om jonge kinderen die forse problemen vertoonden met sociale relaties tegen de achtergrond van uitgesproken en duurzame pathogene zorg.

---

[43] Tijdschrift voor psychiatrie 43 (2001) door: N. Nicolai - *Hechting en psychopathologie: een literatuuroverzicht*

Binnen de DSM-IV worden er twee typen hechtingsstoornissen beschreven:

- Het Geremde type; waarbij het kind geen aanzet geeft tot of niet reageert op de meeste sociale relaties op een bij de ontwikkeling passende manier, zoals blijkt uit buitensporige geremdheid, overmatige waakzaamheid of sterk ambivalente of tegenstrijdige reacties.
- Het Ontremde type; waarbij het kind slechts oppervlakkige relaties aangaat, zoals blijkt uit kritiekloze vriendelijkheid met een duidelijk onvermogen om passende selectieve gehechtheid te tonen.

Onderscheid 'onveilige hechting' en 'Reactieve Hechtingstoornis'
Er zijn duidelijke verschillen tussen een onveilige hechting en een Reactieve Hechtingsstoornis. Zo zijn de symptomen bij de Reactieve Hechtingsstoornis pervasief van aard, terwijl bij een onveilige hechting de kwaliteit van de hechting per relatie kan verschillen. De DSM-IV beschrijft bij de Reactieve hechtingsstoornis een syndroom van gedocumenteerde mishandeling en/of verwaarlozing, waardoor deze classificatie maar beperkt bruikbaar is. Bij onveilige hechting is de basis daarentegen gelegen in subtielere ongunstige eigenschappen van de primaire opvoeder(s) en het kind. In diverse onderzoeken wordt dan ook gepleit voor een verbreding van de criteria. Wanneer de verschillende concepten van gehechtheid op een continuüm wordt geplaatst, vormt de Reactieve Hechtingsstoornis een extreme en gestoorde subgroep van kinderen met een onveilige hechting.
Brisch (1999) noemt dat hechtingsgedrag, zoals dat wordt onderzocht binnen de 'vreemde situatie procedure', vooral reacties onderzoekt in een bijzondere situatie, namelijk de scheiding met de primaire verzorger. Bij hechtingsstoornissen treedt dit hechtingsgedrag op in dagelijkse situaties en in alle sociale en meer persoonlijke relaties. Volgens Polderman (1998) is het belangrijkste verschil tussen een onveilige hechting en een hechtingsstoornis dat een onveilige hechting niet pathologisch hoeft te zijn, terwijl een reactieve hechtingsstoornis dat per definitie wel is. Een ander verschil is dat er bij een onveilig hechting sprake is van een onzekere, maar wel selectieve hechting. Bij een hechtingsstoornis is daarentegen sprake van een onvermogen om een selectieve hechting aan te gaan. De hechtingsstoornis is dus veel ernstiger dan een onveilige hechting, en heeft waarschijnlijk een andere etiologie, verloop en prognose (o'Conner, Zeanah, 2005). Een ander duidelijk verschil tussen de onveilige hechting en de hechtingsstoornis, is het verschil in vaststellen van de diagnose hechtingsstoornis en de classificatie onveilig gehecht. De diagnose hechtingsstoornis wordt vastgesteld aan de hand van de criteria van de DSM-IV, waarin aangegeven wordt dat er sprake moet zijn van een diepgaande stoornis. De classificatie onveilige hechting is daarentegen gebaseerd op de 'vreemde situatie procedure', wat een vrij kort durende en met de context te maken hebbende stoornis kan betekenen (o'Connor, Zeanah, 2005).

Prevalentie
Het basisratio van het gedesorganiseerde type is 15%, zelfs in lage risico populaties (Green, Goldwyn, 2002). Het prevalentiecijfer van de reactieve hechtingsstoornis is volgens Richters en Volkmar (1994) maar 1%.

Etiologie
De zorg die een kind krijgt in zijn eerste jaren speelt een belangrijke rol bij het ontstaan van een hechtingsstoornis. Het ontbreken van een consistente en responsieve verzorger of van de mogelijkheid om een selectieve hechtingsrelatie aan te gaan, zijn etiologische factoren bij het ontstaan van een onveilige hechting c.q. hechtingsstoornis. Er bestaat echter geen lineair verband tussen de ernst van deze ongunstige factoren en de ernst van de verstoring of stoornis in de hechting. Waarschijnlijk spelen gecombineerde factoren in het kind, de verzorger en de omgeving een beschermende en/of belemmerende rol. Goldberg (2000) heeft aangewezen dat mishandelde kinderen op alle leeftijden een grotere kans hebben om onveilig gehecht te zijn. Risicofactoren die betrekking hebben op het kind zelf, zijn een moeilijk temperament en een moeilijk karakter, waardoor de ouder niet op een sensitieve en responsieve manier reageert. Momenteel wordt er onderzoek gedaan naar het al dan niet meespelen van een genetisch factor in het ontstaan van een hechtingsstoornis. Gunstige kenmerken van ouders zijn een goed ontwikkeld empathisch vermogen, een vermogen tot reflecteren en een veilige eigen representatie met betrekking tot gehechtheid, zoals kan blijken uit de kwaliteit van de huidige relaties (Goldberg, 2000; Fonagy e.a., 1991). Ongunstige kenmerken zijn psychische stoornissen bij ouders die een adequate verzorging en hechting bemoeilijken. Uit onderzoek is gebleken dat 79% van de moeders met een bipolaire stoornis een onveilig gehechte peuter hadden, tegenover 43% van de moeders met een unipolaire depressie en

18% uit een controlegroep (Goldberg, 2000). Tot slot lijkt ADHD vaker voor te komen bij hechtingsstoornissen (o'Conner e.a., 1999).

Beloop en prognose
Er is nog weinig bekend over de prognose van een onveilige hechting. De stabiliteit verschilt per onderzoek en is onder andere afhankelijk van de gebruikte methoden. In een aantal onderzoeken werd een goede overeenstemming gevonden tussen hechting in de eerste levensjaren en latere classificaties (Main, Cassidy, 1988; Wartner e.a., 1994). Anderzijds verzwakt de invloed van vroege gehechtheid met de jaren. Naast gehechtheid bepalen ook andere factoren de sociaal-emotionele ontwikkeling en de organisatie van de persoonlijkheid. Over het algemeen geldt dat de consequenties van vroege gehechtheid afhankelijk zijn van de stabiliteit en consistentie van de ouder-kindrelatie (Thompson, 1999;2002). De effecten van een onveilige hechting of een hechtingsstoornis blijken in omstandigheden van extreme verwaarlozing sterker te zijn op het gebied van de sociaal-emotionele ontwikkeling dan op de cognitieve ontwikkeling.

Behandeling
Er bestaat nog geen bewezen effectieve behandeling voor kinderen met een hechtingstoornis, aldus o'Conner en Zeanah (2005). Er zijn wel een aantal theorieën ontwikkeld en behandelingen voorgesteld. Zo zijn er interventies ontwikkeld gebaseerd op de hechtingstheorie en de prognose dat kinderen met een onveilige hechting of een hechtingsstoornis alsnog een veilige hechting kunnen ontwikkelen. Hierbij wordt uitgegaan dat een mogelijke oorzaak van een hechtingsstoornis, een geringe sensitiviteit van de ouder kan zijn. Bij deze vorm van behandeling gaat het vaak om kinderen jonger dan zes jaar. Een voorbeeld hier van is de methodiek voor de bevordering van de hechting door Polderman (1998). Zij is erg optimistisch over wat een kind met een onveilige hechting of hechtingsstoornis in kan halen na de eerste kinderjaren waarin normaal gesproken de hechting zich ontwikkeld. Polderman gebruikt bij de methode video-opnamen op de sensitiviteit en responsiviteit van (adoptie)ouders de bevorderen. Uit de klinische praktijk blijkt dat er na een kortere of langere tijd een veilige hechting tot stand kan komen. Een andere interventie voor kinderen met een hechtingsstoornis, is de holdingtherapie. Het cruciale element in deze therapie is het lichamelijk contact tussen het kind en de therapeut of ouder. Bij een holdingtherapie wordt het kind enkele minuten op schoot of op de knie vastgehouden, ook al verzet het kind daartegen. De therapeut of ouder bepaalt hierbij wanneer het intensieve contact tijdens de behandeling eindigt, en niet het kind. Er is veel kritiek geuit met betrekking tot de holdingtherapie, vanwege het fysiek en psychisch indringende karakter (o' Conner, Zeanah, 2005). Ook is het mogelijk dat de twee verschillende type hechtingsstoornissen, een andere behandeling nodig hebben. Er ontbreekt tot op heden wetenschappelijk onderzoek naar het effect van veel behandelingen (o'Conner, Zeanah, 2005).

Stemmingsstoornissen
Pas de laatste 20 jaar is het bestaan van de depressieve stoornis bij kinderen en jeugdigen in klinische settings en in de algemene bevolking uitgebreid gedocumenteerd (Kovacs, 1996). De diagnose depressie wordt nog betrekkelijk vaak ten onrechte niet gesteld, omdat de symptomen gedeeltelijk anders zijn als bij volwassenen en dus onvoldoende herkend worden als een depressie. Het doormaken van een depressie tijdens de kindertijd belemmert de ontwikkeling van met name de sociaal- cognitieve en de intermenselijke vaardigheden van het kind en het belast de ouder-kindrelatie (Coyne e.a., 1987). In vergelijking met normale kinderen brengen depressieve kinderen meer tijd alleen door en roepen negatieve reacties in contacten met anderen op. Dit gegeven maakt dat ze minder in de gelegenheid zijn om adequaat gedrag te oefenen.

Klinisch beeld
Bij een depressieve stoornis (unipolaire depressie) is er sprake van een abnormale somberheid, lusteloosheid, ongeïnteresseerdheid en een onvermogen nog ergens van te kunnen genieten. Bij veel kinderen en jeugdigen staat echter niet een depressieve stemming als symptoom op de voorgrond, maar in plaats daarvan een prikkelbare stemming. Bij andere kinderen is het verlies aan plezier in de meeste activiteiten het meest prominent aanwezig (anhedonie). Om van een depressieve stoornis te kunnen spreken, moet van één van deze en aan aantal andere symptomen, gedurende tenminste twee weken, sprake zijn. Naast de depressieve stoornis, onderscheidt de DSM-IV ook de dysthyme stoornis. Hierbij is er sprake van een depressieve en/of prikkelbare stemming, in combinatie met

tenminste twee andere symptomen. Deze stemmingsstoornis is minder intens, maar de duur ervan is langer; de symptomen moet tenminste een jaar bestaan. In dit rapport wordt niet ingegaan op de bipolaire stoornis, aangezien deze stoornis in de kinder- en jeugdpsychiatrie in Nederland zelden bij kinderen onder de 12 jaar gesteld wordt.

De DSM-IV criteria biedt wel enige houvast bij het herkennen en diagnosticeren van een stemmingsstoornis bij kinderen, maar is daarnaast ook erg beperkt. De huidige aanpassingen in de criteria bestaan er uit dat er bij een depressieve episode bij kinderen en jeugdigen ook sprake mag zijn van alleen een geprikkelde stemming, in plaats van een sombere stemming. Een tweede aanpassing is dat er in plaats van gewichtsverlies ook sprake mag zijn van een niet aankomen in gewicht, zoals dat wel bij een kind in de groei verwacht mag worden.

Om een beeld te geven van de kenmerken van een depressieve stoornis bij hele jonge kinderen, worden hieronder de symptomen in twee verschillende leeftijdsfasen weergegeven.

<u>De zuigeling en de peuter</u>
Spitz (1946) schreef dat zuigelingen die plots van de moeder worden gescheiden, in een toestand terechtkomen die bij volwassenen als een depressie omschreven kan worden. Het gaat om een totale apathie, een weigering van contact en onverschilligheid tegenover de omgeving. Die toestand ontwikkelt zich in de eerste weken na de scheiding en evolueert van een fase van overvloedig huilen, naar een fase van zich vastklampen aan iedere volwassene, naar een apathische toestand. De zuigeling weigert voedsel tot zich te nemen, vermagert en heeft ernstige slaapproblemen. De ontwikkeling stopt, de eerder verworven cognitieve en motorische vaardigheden gaan verloren en de zuigeling wordt erg gevoelig voor infecties. Spitz noemde dit de ‘anaclitische depressie’. Een anaclitische depressie komt ook voor als de moeder nog wel aanwezig is, maar minder beschikbaar is voor het kind. De volgende symptomen bij zuigelingen kunnen wijzen op een depressie:

- Apathie; de zuigeling heeft nergens interesse voor, gedraagt zich troosteloos en onverschillig, zonder te klagen of te huilen.
- Motorische inertie; het kind vertoont monotoon, repetitief, bijna onbeweeglijk gedrag. De mimiek is zeer beperkt en de zuigeling reageert nauwelijks op de omgeving.
- Gebrek aan interactie; het kind reageert bijna niet op andere personen, wat tot gevolg heeft dat deze snel ontmoedigd raken. Na een tijdje proberen zij niet meer om met het kind in contact te komen.

De Diagnostic classification of mental health and development disorders of infancy and early childhood, bekend als de DC: 0-3, omschrijft de depressieve stoornis aan de hand van de volgende symptomen:

- Een patroon van een depressieve of prikkelbare stemming, in combinatie met een verlies aan interesse en/of plezier in activiteiten die zijn aangepast aan zijn/haar ontwikkeling
- Een verminderde capaciteit om te protesteren
- Bovenmatig huilen
- Een beperkt repertorium van interacties en weinig initiatief nemen.

Peuters met een depressie hebben doorgaans een emotieloze of droeve gelaatsuitdrukking. Ze zijn weinig geïnteresseerd, weinig actief en reageren nauwelijks. Daarnaast lijken ze apathisch, vertonen ze buitensporig of vreemd huilgedrag en trekken ze zich terug uit sociale situaties. De lichamelijke ontwikkeling is bij de peuter geremd en het kind klaagt over lichamelijke pijn.

<u>De kleuter</u>
Kleuters beantwoorden zelden aan het beeld dat men heeft van depressie, doordat ze doorgaans niet neerslachtig of gedeprimeerd lijken. De opvoeders merken veelal veranderingen in het karakter, zoals een labiele en chaotische stemming. Daarnaast vallen de volgende gedragingen op:

- Te braaf, te rustig, te instabiel of rumoerig gedrag.
- Een opvallende behoefte aan affectie
- Onstuimig, mokkend en driftig gedrag
- Regelmatig liegen en geregeld straf ontvangen
- Regelmatig ‘ongelukjes’ veroorzaken
- Slaapproblemen, (buik)pijn en extreme vermoeidheid

- Prikkelbare stemming en lage frustratietolerantie
- Te veel of te weinig actief
- Verlies van plezier in dingen of activiteiten die het kind voorheen wel leuk vond.[44]

Prevalentie
Over het voorkomen van de depressieve stoornis bij kinderen worden verschillende percentages gevonden. Uit epidemiologisch onderzoek blijkt dat 2-5% van de kinderen en 10-20% van de jeugdigen uit de algemene bevolking ooit een stemmingsstoornis doormaakt. Dit percentage bij kinderen komt overeen met de schatting van de American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Aangezien depressie bij kinderen nog altijd onvoldoende erkend en fout gediagnosticeerd wordt, lijkt het aannemelijk dat het percentage hoger ligt. Tijdens de kinderleeftijd komt depressie net zo vaak voor bij meisjes als bij jongens; in de adolescentie veranderd de ratio naar ongeveer tweemaal zoveel meisjes als jongens. Verder is gebleken dat hoe lager het intelligentiequotiënt van een kind is, hoe groter de kans op een depressie. Anderzijds hebben ook hoogbegaafde kinderen een grotere kans op depressie.

Etiologie
Familie-, tweeling- en adoptieonderzoeken hebben aangetoond dat zowel genetische als omgevingsfactoren een rol spelen in het ontstaan van een stemmingsstoornis. Tweelingonderzoek heeft uitgewezen dat als een helft van een eeneiige tweeling aan een stemmingsstoornis lijdt, de andere helft 65% kans heeft om eveneens deze stoornis te vertonen. Daarnaast ligt de prevalentie van depressie bij eerstegraads verwanten van kinderen met een depressieve stoornis op ongeveer 30 tot 50% (Harrington e.a., 1997; Kovacs, 1997; Todd e.a., 1993). Uit familieonderzoeken blijkt dat het percentage familieleden met een stemmingsstoornis vele malen groter is bij patiënten met zelf een stemmingsstoornis, als bij mensen uit de algemene bevolking. De hypothese is dat er een bepaalde mate van genetische kwetsbaarheid voor depressie bestaat, waarbij blootstelling aan bepaalde omgevingsstressoren of –factoren noodzakelijk bij het ontstaan van de stoornis.
Verschillende onderzoeken naar gezinnen met depressieve kinderen en jeugdigen en/of depressieve ouders hebben aangetoond dat interacties binnen deze gezinnen wordt gekenmerkt door meer conflicten, afwijzing en communicatieproblemen. Tevens is er minder sprake van emotionele ondersteuning (Kaufman, 1991; Beardslee e.a. 1996; Harrington e.a., 1997).
Daarnaast is duidelijk dat ernstige negatieve levensgebeurtenissen een depressie triggeren, in combinatie met andere factoren zoals een negatieve cognitieve stijl, een belaste familie- anamnese voor depressies en al bestaande psychopathologie (Brent e.a., 1993).
Risicofactoren bij het ontwikkelingen van een depressieve stoornis kunnen onderscheiden worden in risicofactoren in het kind en risicofactoren in de omgeving. Risicofactoren in het kind zijn een moeilijk temperament, een onveilige hechting, langdurig of ernstig ziek zijn en een negatief denkpatroon. Voorbeelden van risicofactoren in de omgeving zijn; een onveilige omgeving, psychiatrische problematiek bij één of beide ouders, drugsgebruik of drankverslaving bij de ouder(s), gezinsconflicten, verlies van dierbaren en problemen op school.

Differentiaaldiagnose
Vee psychiatrische stoornissen kunnen gelijktijdig optreden met een stemmingsstoornis, maar er zijn ook stoornissen die erg op stemmingsstoornissen lijken. Kinderen en jeugdigen met een angststoornis, leerproblemen of ADHD, kunnen een laag zelfbeeld hebben en zich volledig ontmoedigd voelen. Een stemmingsstoornis moet in dit soort gevallen niet gediagnosticeerd worden, tenzij wordt voldaan aan alle criteria. Daarnaast kunnen concentratieproblemen en een geïrriteerde stemming ook voor verwarring zorgen, omdat deze zowel bij een depressie als bij ADHD passen. De symptomen van het Chronisch Vermoeidheidssyndroom zijn overeenkomstig aan die van depressie, maar de stemming is minder somber, er zijn meer somatische klachten en de cognitieve problemen zijn minder uitgesproken.

Co-morbiditeit
Bij kinderen en jeugdigen met een depressieve stoornis is de co-morbiditeit met andere psychiatrische stoornissen zo hoog, dat alleen een depressieve stoornis op deze jonge leeftijd nauwelijks voorkomt.

---

[44] Fever, de F.- *Kinderen met een depressie. Handboek voor opvoeding en onderwij*s- Acco, Leuven, 2001.

De angststoornis is de meeste voorkomende co-morbide stoornis bij depressie, het percentage ligt op 40-80%. Bij kinderen komt de separatieangststoornis het meeste voor, namelijk bij 58% van de kinderen met een depressie. Tevens komt voornamelijk bij jeugdigen, co-morbiditeit met gedragsstoornissen voor.

Beloop en prognose
De drie kenmerken die het meest zijn onderzocht bij het klinische beloop van een depressieve stoornis zijn het recidiveren, het herstel en het switchen van een unipolaire depressie naar een bipolaire stoornis. Kinderen en jeugdigen met een depressieve stoornis lijken iets sneller te herstellen van een episode dan volwassenen. Daarentegen is ook gebleken dat de kans op recidive heel aanzienlijk is; in klinische populaties is een recidivekans van meer dan 70% gerapporteerd over een periode van vijf jaar. Na een tweede depressie bleek de recidivekans zelfs 100% te zijn. De dysthyme stoornis bij kinderen en jeugdigen wordt gekenmerkt door een zeer vroeg begin (bij sommige kinderen al vanaf een jaar of vijf) en een vrij langdurig beloop. De gemiddelde lengte van een dysthyme episode is bijna vier jaar en uit longitudinale gegevens blijkt dat het herstel zeer geleidelijk verloopt. Uit onderzoek komt zelfs naar voren dat het acht jaar duurt voordat 98% van de kinderen hersteld is (Kovacs, 1994).

Behandeling
Gezien het feit dat een depressieve stoornis een complexe etiologie heeft, waarbij zowel biologische en cognitief- gedragsmatige als sociologische en systeemfactoren een rol spelen, is het belangrijk dat de behandeling zich op alle gebieden richt. De behandeling kan bestaan uit medicatie, psychotherapie, psycho-educatie en interventies op sociaal gebied. Essentieel is dat de andere gezinsleden ook betrokken worden bij de behandeling van het kind. Naast het gegeven dat kinderen en jeugdigen nog afhankelijk zijn van hun ouders, komen kinderen met een stemmingsstoornis vaak uit gezinnen met een hoog percentage stemmingsstoornissen. Tevens komen er in deze gezinnen veel conflicten voor. Uit onderzoek is gebleken dat psychopathologie bij ouders en veel conflicten in het gezin, een slechtere uitkomst van de behandeling en een hoger risico op recidieven voorspellen (Warner e.a., 1992).

Angststoornissen
Angst is niet altijd het symptoom dat het meeste op de voorgrond staat bij een angststoornis. Zeker bij kinderen en jeugdigen met (onbegrepen) lichamelijke klachten, is vaak naast een eventuele somatoforme stoornis tevens sprake van een angststoornis. In veel gevallen gaat het om kinderen en jeugdigen die al enige tijd de school niet meer bezoeken. Schoolweigering is in veel gevallen een symptoom van een angststoornis, maar kan ook verband houden met een andere psychiatrische stoornis (zoals depressie). Kinderen maken lang niet altijd spontaan melding van de aanwezigheid van angstsymptomen, wat in het bijzonder geldt voor de symptomen van de paniekstoornis. Angstsymptomen zijn vaak door het kind beleefde, ‘innerlijke’ symptomen, die niet altijd voor de buitenwereld zichtbaar zijn. De DSM-IV omschrijft een aantal angststoornissen die bij kinderen en jeugdigen kunnen voorkomen; respectievelijk de separatieangststoornis, de gegeneraliseerde angststoornis (overmatige angststoornis in de kinderleeftijd), de sociale fobie, de specifieke fobie en de paniekstoornis (met of zonder agorafobie).

Klinisch beeld
De separatieangststoornis is de enige angststoornis die in de DSM-IV vermeldt wordt onder de rubriek ‘stoornissen die meestal voor het eerst op de zuigelingenleeftijd, kinderleeftijd of in de adolescentie gediagnosticeerd worden’. Bij een separatieangststoornis staat heftige angst bij een scheiding van de primaire verzorger(s) op de voorgrond. Daarnaast is er vaak sprake van angst dat de ouders of het kind zelf iets ernstigs zal overkomen, angst om alleen te gaan slapen of angst om (alleen) naar school te gaan. In veel gevallen gaat de angst voor de scheiding gepaard met heftige lichamelijke verschijnselen, zoals braken of hoofdpijn. De gemiddelde leeftijd waarop de separatieangststoornis voor het eerst optreedt, is zeven-en-een-half jaar (Last e.a., 1992).
De gegeneraliseerde angststoornis wordt vooral gekenmerkt door piekeren, met betrekking tot het eigen gedrag in het verleden, komende gebeurtenissen en eigen vaardigheden op verschillende gebieden. Vooral bij kinderen is er grote behoefte aan geruststelling. Andere verschijnselen die kunnen optreden zijn lichamelijke klachten, rusteloos, opgewonden of geïrriteerd zijn, zich moeilijk

kunnen concentreren of zich niets herinneren en moeilijkheden om in slaap te vallen of door te slapen. Veelal ontwikkelt de gegeneraliseerde angststoornis zich in de loop van de tijd in een andere angststoornis, of in een depressieve stoornis.
De sociale fobie (ook genoemd als de sociale angststoornis) wordt gekenmerkt door angst voor de kritische beoordeling door anderen. Deze angst treedt vaak op de voorgrond in situaties waarin het kind 'beoordeeld' wordt, zoals een muziekuitvoering, een spreekbeurt of het omkleden voor het gymnastieken. Bij kinderen kan deze angst zich manifesteren in de vorm van huilen of een woede-uitbarsting. Bij kinderen of jeugdigen met een sociale fobie is er vaak sprake van overmatige emotionele reactiviteit, prikkelbaarheid en eenzaamheid (Beidel, Turner, Morris, 1999). De neiging om sociale situaties te vermijden welke ontstaat door deze sociale angst, kan vergaande gevolgen hebben voor de ontwikkeling van het kind.
In het geval van een specifieke fobie is er sprake van een duidelijke en irreële vrees voor een specifieke situatie of voorwerp, met als gevolg een sterke neiging de prikkel die de vrees veroorzaakt te vermijden. Er zijn drie hoofdtypen fobieën bij kinderen en jeugdigen: het diertype, het omgevings-situationeel type en het bloed-injectie-verwondingstype (Muris, Schmidt, Merckelbach, 1999). Enkel een specifieke fobie is zelden een reden voor verwijzing naar een hulpverleningsinstelling.
Tot slot wordt de paniekstoornis gekenmerkt door het onverwacht optreden van heftige angst in combinatie lichamelijke symptomen, zoals hartkloppingen, trillen, duizeligheid of transpireren. De paniekstoornis kan al dan niet in combinatie met agorafobie optreden; de angst in een situatie te zijn waaruit men slechts met moeite kan stappen, zoals een tunnel of een trein. In de klinische praktijk wordt deze diagnose zelden gesteld bij jonge kinderen.

Prevalentie
Angststoornissen komen relatief vaak voor bij kinderen en jeugdigen, de prevalentie varieert van 2-6 %. In andere studies wordt een prevalentie van 5-10 % gevonden (Kashani, Orvaschel, 1990; Anderson, McGee, 1994). Het optreden van de verschillende angststoornis is gekoppeld aan de leeftijd en de fase van de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind (Westenberg e.a., 1999).

Etiologie
Etiologische factoren die meespelen bij het ontstaan en in standhouden van angststoornissen zijn genetische factoren, temperament, een onveilige gehechtheid, de opvoedkundige stijl (met name overbescherming), de cognitieve informatieverwerking en life-events. Een van de bekendste risicofactoren voor het optreden van angststoornissen is een temperamenttype dat bekend staat als gedragsinhibitie. Dit temperamenttype wordt gekenmerkt door een behoedzame en angstige reactie op situaties en personen met wie het kind niet vertrouwd is. Bij kinderen van ouders met een angststoornis wordt vaker gedragsinhibitie gezien, dan bij kinderen van ouders die deze stoornis niet hebben. Daarnaast zijn er verschillende onderzoeken die een relatie aantonen tussen een onveilige hechting en een angststoornis. Dit verband is het meest duidelijk bij de separatieangststoornis en de gegeneraliseerde angststoornis. Met betrekking tot de pedagogische stijl blijkt dat de interacties van moeders met angstgestoorde kinderen een meer betrokken en een negatief karakter hebben dan de interacties van kinderen zonder psychiatrische problemen (Hudson, Rapee, 2001). Vergelijkbare bevinden kwamen echter ook naar voren bij observatie van moeders met kinderen met een oppositioneel opstandige gedragsstoornis. Daarnaast is het goed voorstelbaar dat de temperamentskenmerken van het kind op heel jonge leeftijd bijdragen tot een beschermende houding van de ouder. Tot slot heeft een onderzoek van Barrett en collega's (1996; gerepliceerd in Shortt e.a., 2001) uitgewezen dat kinderen met een angststoornis geneigd zijn neutrale stimuli als dreigend te ervaren. Deze kinderen zijn geneigd te kiezen voor niet-adaptieve coping strategieën of zij denken dat ze over geringe mogelijkheden tot coping beschikken. Daarnaast hebben angstige kinderen de neiging om selectieve aandacht te geven aan bedreigende stimuli. Dergelijke manieren van informatieverwerking dragen bij aan het in standhouden van de angststoornis.

Differentiaaldiagnose
Bij de differentiaaldiagnostiek moet vooral rekening gehouden worden met andere angststoornissen, de obsessief- compulsieve stoornis en de posttraumatische stressstoornis. In het geval van frequente lichamelijke klachten, kan een pediatrische stoornis overwogen worden. Tot slot is er een mogelijkheid dat er niet zozeer sprake is van psychopathologie, als wel van sociale problemen, een onjuiste schoolkeuze of leerstoornissen.

Co-morbiditeit
De kans dat kinderen meer dan één angststoornis hebben is aanzienlijk. Het is denkbaar dat de aanwezigheid van een angststoornis een risicofactor is op zich is voor het optreden van een andere angststoornis, maar het is ook mogelijk dat aan de verschillende angststoornissen eenzelfde etiologie en dezelfde risicofactoren ten grondslag liggen. Angststoornis komen vaak ook gelijktijdig voor met andere psychiatrische stoornissen, zoals een depressieve stoornis, ADHD en gedragsstoornissen. Bij jeugdigen wordt ook regelmatig een co-morbiditeit met afhankelijkheid of misbruik van alcohol gezien.

Beloop en prognose
Gegevens over het verloop van angststoornis zijn niet altijd eenduidig. Een angststoornis kan nogal eens van gedaante veranderen en overgaan in een andere angststoornis. Bij kinderen met zowel een angststoornis als een depressieve stoornis, blijkt de angststoornis doorgaans voorafgegaan te zijn aan de depressieve stoornis. De kans op persistentie is bij een enkelvoudige angststoornis kleiner, dan wanneer er sprake is van co-morbide stoornissen. De resultaten van lange termijn follow-up onderzoeken wijzen uit dat de kans op een psychiatrische stoornis op de volwassen leeftijd veel groter is bij personen die in de jeugd een angststoornis hadden.

Behandeling
Cognitieve gedragstherapie, individueel of in groepsverband, wordt vaak ingezet bij de behandeling van kinderen met een angststoornis. Individuele behandeling van het kind kan gecombineerd worden met een programma voor de ouders, gericht op het omgaan van de ouders met de eigen angst of met de angst van het kind. Medicatie kan ingezet worden wanneer psychosociale vormen van behandeling niet effectief zijn gebleken.

Selectief mutisme
Selectief mutisme is een stoornis waarbij psychisch gezonde mensen zichzelf dwingen te zwijgen, waarbij de term ‘selectief’ duidt op de keuze om niet te spreken. Het niet spreken is geen willekeurige keuze, maar treedt dus selectief op gekoppeld aan bepaalde sociale situaties. De situatie waarin het kind niet spreekt is meestal school, terwijl het kind thuis kan praten. Het niet spreken in bepaalde situaties gaat vaak samen met onder problemen. Zo heeft onderzoek uitgewezen dat bij 68,5% van de kinderen met selectief mutisme er tevens sprake is van een ontwikkelingsachterstand of –stoornis, bij 30-65% een taalachterstand of –stoornis en bij 18-65% een motorische achterstand op stoornis.

Klinisch beeld
In de DSM-IV wordt selectief mutisme omschreven als een stoornis optredend in de kinderleeftijd, die gekarakteriseerd wordt door een consequente keuze niet te spreken in bepaalde sociale situaties waarbinnen er verwacht wordt dat er wel gesproken wordt. Ondanks dat het kind in deze situatie (meestal school) niet spreekt, spreekt het kind wel in andere situaties. Momenteel wordt selectief mutisme in de DSM-IV nog gerubriceerd onder ‘andere stoornissen van zuigeling-, peuter-, kindertijd of adolescentie’. Veel auteurs en clinici pleitten er echter voor om selectief mutisme op te vatten als een angststoornis, aanvangend in de kinderleeftijd.

Selectief niet praten kan op alle leeftijden voorkomen in nieuwe of ongewone/onverwachte situaties. Aan de andere kant kan mutisme als symptoom voorkomen bij verschillende ontwikkelings- of psychiatrische stoornissen, zoals ASS, schizofrenie, sociale fobie, depressie, verstandelijke handicap en doofheid (Leonard, Dow, 1995; Remschmidt e.a., 2001). Selectief mutisme begint meestal tussen het derde en vierde levensjaar. Aanvankelijk wordt vaak gedacht dat er sprake is van normale verlegenheid. Het idee dat er meer aan de hand is, ontstaat vaak wanneer het kind voor het eerst naar school gaat. Onderzoek laat zien dat er tijdelijke en persistente vormen van selectief mutisme zijn. Selectief mutisme bij de schoolgang is voor de grootste groep voorbijgaand, maar blijft bij een kleine groep kinderen bestaan (Leonard, Dow, 1995). Het selectief mutisme treedt vaak op de in de context van school en de interacties met leeftijdsgenootjes en is minder vaak in bijna alle sociale situaties aanwezig. In ernstige gevallen van selectief mutisme wordt enkel gecommuniceerd met enkele huisgenoten en soms dan alleen nog in de vertrouwde context van het huis als er geen derden bij zijn. Bij het stellen van de diagnostische classificatie geeft de DSM-IV aan dat er ten minste langer dan een maand sprake dient te zijn van de symptomatologie. Bij de meeste kinderen met selectief mutisme is er tevens sprake van extreme verlegenheid, angstig zijn (vooral in publieke situaties), problemen wat betreft sociaal contact, schoolweigering, broekpoepen en/of plassen, een vertraagde

spraakontwikkeling, moeilijkheden in de articulatie, controlerende en obsessief- compulsieve gedragingen en oppositioneel en negativistisch gedrag. Andere onderzoeken wijzen ook op een verband met levensgebeurtenissen en traumatische ervaringen. Het niet spreken in bepaalde situaties in combinatie met andere problemen is een ontwikkelingsbelemmering met veel nadelen voor het kind: het beperkt de mogelijkheden buiten het eigen huis, heeft een negatief effect op het gezin en op de sociale relaties en het kan de ontwikkeling van autonomie en identiteit blokkeren.

Prevalentie
De prevalentie van selectief mutisme varieert van 0,8% tot 1,8% per 1.000 kinderen. Alle onderzoeken laten zien dat selectief mutisme, in tegenstelling tot de meeste andere psychiatrische stoornissen van de kinderleeftijd, meer voorkomt bij meisjes dan bij jongens. Dit ondanks het feit dat meisjes vroeger zijn met hun taalontwikkeling en sneller zijn in hun verbale vaardigheden in vergelijking met jongens.

Etiologie
De specifieke etiologie van selectief mutisme is nog onbekend, maar lijkt multifactorieel (Kristensen, Torgersen, 2001). Dow en collega's (1995) achtten het waarschijnlijk dat selectief mutisme kan optreden bij een verlegen, geremd temperament, mede beïnvloed door psychodynamische en psychosociale factoren en soms samengaand met neuropsychologische ontwikkelingsachterstanden. Over de invloed van genetische factoren is nog niets bekend, maar duidelijk is dat er wel sprake is van een familiaire belasting. Ouders hebben vaak een eigen voorgeschiedenis van extreme verlegenheid, timide zijn, sociale fobie of selectief mutisme (Black, Uhde, 1992). De gezinnen van kinderen met selectief mutisme worden vaak als geïsoleerd en verlegen getypeerd. Hayden (1980) onderscheidt verschillende subtypen van selectief mutisme; symbiotisch mutisme (een symbiotische band met de primaire verzorger), het reactieve type, het passief-agressieve type en het spraakfobisch mutisme (de fobische angst om de eigen stem te horen).

Differentiaaldiagnose
Het is belangrijk om te onderzoeken of het mutisme niet optreedt als secundair fenomeen bij een bredere ontwikkelings- of psychiatrische stoornis, zoals een verstandelijke handicap of pervasieve ontwikkelingsstoornis. Daarnaast is een taal- en/of spraakstoornis ook een differentiaaldiagnose, maar moet voorzichtigheid worden geboden bij het te makkelijk vaststellen van een spraak/taalstoornis bij kinderen met selectief mutisme.

Co-morbiditeit
Selectief mutisme komt vaak in combinatie voor met een ontwikkelingsachterstand of –stoornis, een taalachterstand of –stoornis en een motorische achterstand. Daarnaast worden er bij kinderen met selectief mutisme veel angstklachten waargenomen, waarbij er bij sommige kinderen tevens een angststoornis wordt gediagnosticeerd.

Beloop en prognose
Bij zowel behandelde als niet-behandelde kinderen wordt er een remissie van gemiddeld 74% gezien. In andere onderzoeken is het remissiepercentage lager, respectievelijk 40%. Secundaire problemen kunnen blijven, zoals afhankelijk zijn, minder zelfvertrouwen tonen, minder rijp en gezond zijn en minder op schoolprestaties gericht zijn.

Behandeling
Veelgebruikte behandelmethoden zijn psychodynamische individuele therapie, gedragstherapie en gezinstherapie. Powell en Dalley (1995) geven de voorkeur aan een multimodale behandeling, ofwel de combinatie van leertherapie, speltherapie en gezinstherapie. Medicatie gericht op angstklachten zijn effectief gevonden bij de meerderheid van de kinderen, waarbij er een vermindering van angst en toename van spraak in publieke situaties worden opgemerkt.

Bijlage 2 Ouder- kindrelatiestoornissen DC:0-3

In het diagnostisch profiel van zuigelingen en jonge kinderen vormt inzicht in de kwaliteit van de ouder- kindrelatie een belangrijk onderdeel. In het werk met zeer jonge kinderen is de behandeling vaak gericht op de ouder-kindrelatie, maar daarnaast is het belangrijk dat deze relaties onderzocht en eventueel gediagnosticeerd worden. Binnen de classificatie van relatiestoornissen worden de specifieke stoornissen beschreven in interacties en relaties van het desbetreffende kind en zijn ouder(s). Een primaire classificatie op as I hoeft niet altijd gepaard te gaan met een relatieclassificatie op as II. As II geeft een stoornis weer in de ouder-kindrelatie en is geen relatieschaal met een bereik van goed aangepast tot volledig gestoord. Bij het gebruik van dit classificatiesysteem moet er gewaakt worden voor overdiagnostiek van de relatiestoornis. Milde en tijdelijke verstoringen, gerelateerd aan een stoornis van het kind, familieomstandigheden of andere stressoren kunnen het normale ouderlijke functioneren onder druk zetten. De schaal omvat een hele range van ouder-kindrelaties en kan zowel gebruikt worden voor onderzoek, als om de sterke kanten van de relatie of de ernst van de stoornis vast te stellen. De schaal loopt van goed geadapteerd (90) tot ernstig beschadigd (10). Scores onder de 40 wijzen op een gestoorde tot ernstig afwijkende relatie. Bij scores tussen de 70 en de 40 kunnen relatiekenmerken worden beschreven, zonder dat er sprake is van een relatiestoornis. Indien de relatie niet voldoet aan de criteria van een specifieke relatiestoornis, kan deze als een gemengde ouder-kind relatiestoornis worden geclassificeerd.

De as bestaat uit een zestal relatiestoornissen: 901. Overbetrokken relatie, 902. Onvoldoende betrokken relatie, 903. Angstige/gespannen relatie, 904. Boze/vijandige relatie, 905. Gemengde stoornis in de relatie met de verzorger en 906. Stoornis in de relatie met mishandeling, waaronder (a) verbale mishandeling, (b) fysieke mishandeling en (c) seksuele mishandeling.

<u>901. Overbetrokken relatie</u>
Deze relatie wordt gekenmerkt door fysieke en/of psychologische overbetrokkenheid en omvat de volgende belangrijke kenmerken:

- De ouder domineert het kind door overmatige controle
- De ouder stelt inadequate eisen gezien het ontwikkelingsniveau
- Het kind gedraagt zich onderdanig, te inschikkelijk of juist opstandig
- Het kind mist bepaalde motorische en/of taalvaardigheden
- De ouder heeft periodes van boosheid, depressie of angst, waardoor de continuïteit in de interactie tussen ouder en kind ontbreekt
- De ouder ziet het kind als partner of gelijke en romantiseert of erotiseert het kind
- De ouder ziet het kind niet als afzonderlijk individu met eigen behoeften.

<u>902. Onvoldoende betrokken relatie</u>
Deze relatie wordt gekenmerkt door een gemis aan oprechte betrokkenheid of verbondenheid met het kind, blijkende uit gebrek aan belangstelling of slechte zorg.
De stoornis omvat de volgende belangrijke kenmerken:

- De ouder is ongevoelig en niet responsief ten aanzien van de signalen van het kind
- De ouder wijst het kind af, negeert het of troost het niet
- De ouder is niet in staat tot empathisch reageren door een adequate terugkoppeling van de emoties van het kind
- De ouder en het kind tonen geen of zeldzame momenten van verbondenheid
- Het kind heeft motorische en/of spraakachterstanden door onderstimulatie
- Een beperkt, teruggetrokken en verdrietig affect bij zowel de ouder als het kind
- De eigen voorgeschiedenis van de ouder wordt mogelijk gekenmerkt door emotionele en/of fysieke verwaarlozing.

903. Angstige/gespannen relatie
Deze relatie wordt getypeerd door gespannen en ingeperkte interacties, met weinig gevoel voor ontspannen vermaak of wisselwerking. De emotionele communicatie komt daarbij angstig en gespannen over.
De relatiestoornis omvat de volgende belangrijke kenmerken:

- Een vaak extreem verhoogde gevoeligheid van ouders voor de signalen van het kind
- De relatie is soms overbeschermend en de ouder uit vaak zorgen aangaande het welbevinden, gedrag of ontwikkeling van het kind
- De fysieke omgang met het kind kan onhandig of gespannen zijn
- De ouder en het kind komen weinig overeen wat betreft temperament en activiteitenniveau
- Het kind kan zich erg meegaand en angstig gedragen in het bijzijn van de ouder
- De ouder of het kind komt gespannen over, wat blijkt uit motorische spanning, ongerustheid, gelaatsuitdrukkingen en de kwaliteit van spraak en vocalisaties.

904. Boze/vijandige relatie
Deze ouder-kindrelatie wordt gekenmerkt door interacties die ruw en kortaf zijn en waarbij emotionele wederkerigheid vaak ontbreekt. De communicatie komt boosaardig en vijandig over.
De volgende kenmerken typeren deze relatiestoornis:

- De ouder kan ongevoelig zijn voor de signalen van het kind, vooral wanneer deze door de ouder als veeleisend wordt beschouwd.
- Het fysieke contact met het kind is ruw
- De ouder plaagt het kind
- Het kind lijkt angstig, verleden of impulsief en vertoont mogelijk afwijzend gedrag tegenover de ouder
- De interactie tussen de ouder en het kind is vijandig of op de rand van kwaadaardig

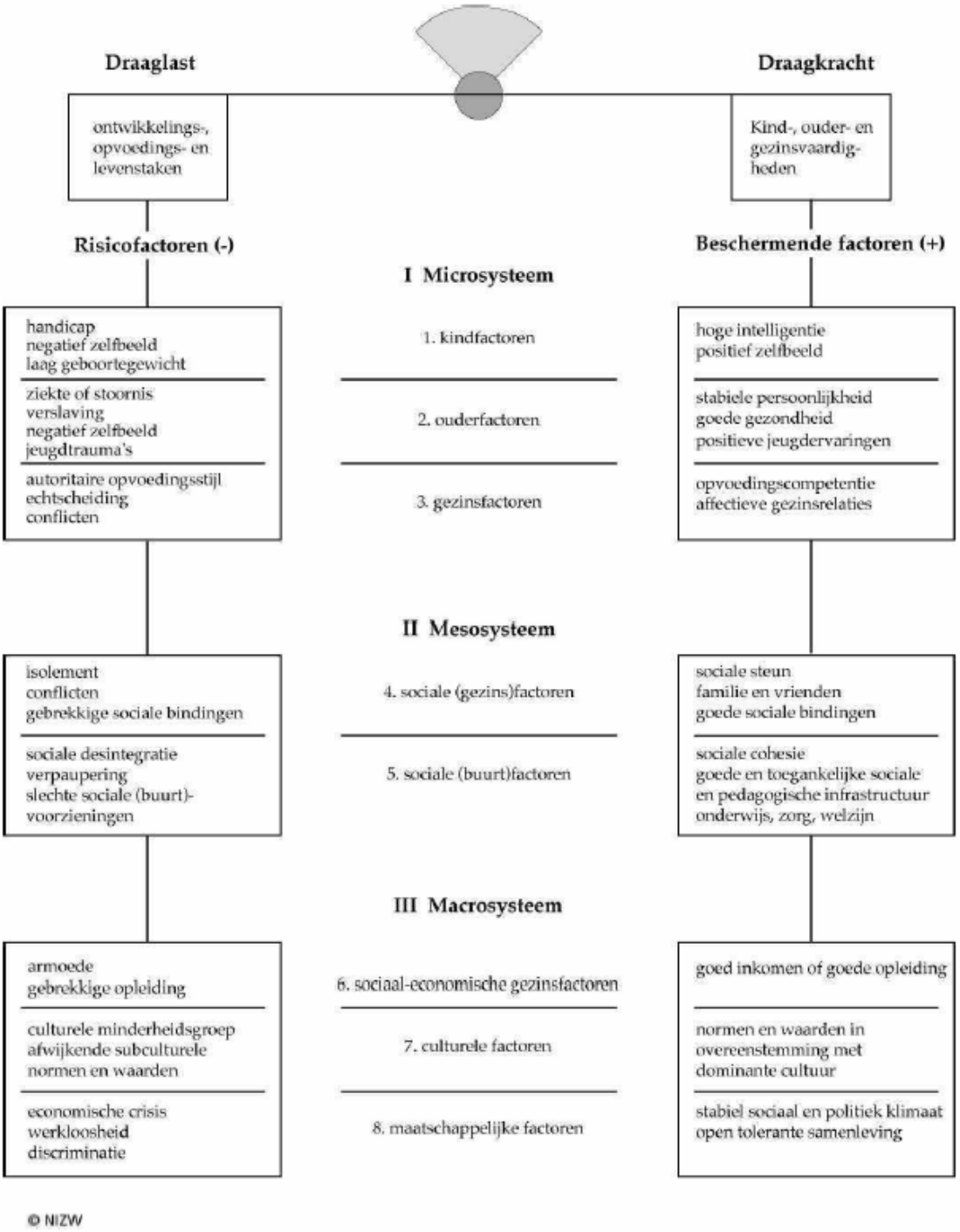
905. Gemengde stoornis in de relatie met de verzorger
Deze relatiestoornis wordt gekenmerkt door een combinatie van bovengenoemde eigenschappen. Deze classificatie wordt gesteld wanneer de relatie tussen ouder en kind duidelijk kenmerken vertoont van meerdere types relatiestoornissen.

906. Stoornis in de relatie met mishandeling
In deze relatiestoornis worden drie classificaties onderscheiden: verbale, fysieke en/of seksuele mishandeling. Wanneer er sprake is van enige vorm van mishandeling, geldt deze als de primaire relatieclassificatie. Meerdere vormen van mishandeling kunnen van toepassing zijn.

a. Verbale mishandeling: ernstige emotionele mishandeling, grenzeloosheid of extreme controle/inperking van het kind.
b. Fysieke mishandeling: het aanbrengen van lichamelijk letsel aan het kind, in de vorm van slaan, knijpen, bijten, fysieke onderdrukking of extreme vormen van straffen.
c. Seksuele mishandeling: het bevredigen van eigen seksuele behoeften of verlangens van de ouder door seksueel verleidend of overprikkeld gedrag naar het kind toe.[45]

[45] Zero To Three: National Center for Infants, Toddlers and Families (vertaling J.C. Visser)- DC:0-3. Diagnostische classificatie van psychische en ontwikkelingsstoornissen bij infants- Koninklijke van Gorcum, 2005. P. 36-43.

Bijlage 3 Balansmodel van Bakker



Bijlage 4 Vragenlijst pedagogisch medewerkers

Algemeen

1. In welke klimaatgroep werkt u:

   - ❑ De Tureluur
   - ❑ Het Vogelnest
   - ❑ De Fuut
   - ❑ De Anemoon
   - ❑ De Fluitekruid
   - ❑ De Korenbloem

2. Hoe lang bent u werkzaam binnen de Zevenster (stage- en invaljaren meeberekend):

   - ❑ 0-2 jaar
   - ❑ 2-5 jaar
   - ❑ 5-7 jaar
   - ❑ 7-10 jaar
   - ❑ 10- langer

Ervaring binnen de Jeugd-GGz

3. Heeft u eerder gewerkt of werkt u momenteel tevens binnen de Jeugd-GGz (derde-jaarsstage meegerekend):

   - ❑ Ja
   - ❑ Nee→ Ga door naar vraag 7.

4. In wat voor behandelvorm bent u werkzaam geweest:

   - ❑ Deeltijdkliniek (Dagbehandeling)
   - ❑ Leefgroep voor klinische opname
   - ❑ Ambulant, poliklinisch
   - ❑ Anders, namelijk.....

5. Hoeveel onderscheid ervaart u in het behandelen van kinderen met (een vermoeden van) psychiatrische problematiek in de dagbehandelingsgroepen t.o.v. uw eerdere werkervaring binnen de Jeugd-GGz:

   - ❑ Geen onderscheid
   - ❑ Weinig onderscheid
   - ❑ Een aantal verschillen
   - ❑ Veel onderscheid
   - ❑ Erg veel onderscheid

6. Kunt u hieronder toelichten welke verschillen in problematiek, visie en behandelwijze u opgemerkt heeft:

.....
.....
.....
.....
.....

Ervaring binnen de Zevenster

7. Merkt u het op bij een kind wanneer er (mogelijk) sprake is van psychiatrische problematiek:

- ❑ Niet of nooit
- ❑ Meestal niet
- ❑ Soms
- ❑ Vaak wel
- ❑ Altijd

8. In hoeverre kunt u onderscheid maken tussen gedrag dat voortvloeit uit een ontwikkelingsachterstand en/of opvoedproblemen en gedrag dat voortvloeit uit (hoofdzakelijk) psychiatrische problematiek:

.....
.....
.....
.....
.....

9. Wanneer u terugkijkt naar het werken binnen de Zevenster de afgelopen periode, ervaart u verschil in het **aantal** kinderen met (een vermoeden van) psychiatrische problematiek binnen de dagbehandelingsgroepen:

- ❑ Nee, er waren **voorheen evenveel** kinderen met psychiatrische problematiek binnen de dagbehandelingsgroepen
- ❑ Ja, er waren **voorheen meer** kinderen met psychiatrische problematiek binnen de dagbehandelingsgroepen
- ❑ Ja, er zijn **nu meer** kinderen met psychiatrische problematiek binnen de dagbehandelingsgroepen.
- ❑ Ja, er zijn **nu beduidend meer** kinderen met psychiatrische problematiek binnen de dagbehandelingsgroepen.

10. Kunt u een schatting geven van het aantal kinderen met een stoornis of een vermoeden daarvan op dit moment binnen uw dagbehandelingsgroep:

- ❑ 1
- ❑ 2
- ❑ 3
- ❑ 4
- ❑ 5
- ❑ 6
- ❑ 7
- ❑ 8

11. Hoe ervaart u de **zwaarte** van de problematiek binnen de dagbehandelingsgroep wanneer u terugkijkt naar de afgelopen 2 jaar:

    - ❑ Erg licht
    - ❑ Licht
    - ❑ Redelijk
    - ❑ Zwaar
    - ❑ Erg zwaar

12. Hoe ervaart u de behandeling aan kinderen met (een vermoeden van) psychiatrische problematiek:

.....
.....
.....
.....
.....

13. Bent u op de hoogte van de inhoud en behandelwijze van verschillende psychiatrische stoornissen die (kunnen) voorkomen binnen de dagbehandelingsgroepen:

    - ❑ Ja, ik ben volledig op de hoogte.
    - ❑ Ja, maar er zijn enkele zaken waar ik meer van wil weten.
    - ❑ Gedeeltelijk, er zijn een aantal zaken waar ik meer van wil weten.
    - ❑ Nee, er zijn veel zaken waar ik meer van wil weten.
    - ❑ Nee, maar ik hoef er ook niet meer van te weten.

14. Hoe krijgt u een duidelijk beeld van de invloed van het (gezins)systeem op de problematiek van het kind?

.....
.....
.....
.....
.....

15. Elk kind is een unieke persoonlijkheid met eigen sterkten en zwakten. Psychiatrische problematiek komt hierdoor ook anders tot uiting bij elk afzonderlijk kind. Daarnaast is het vanwege de jonge leeftijd van het kind lastig om een betrouwbare diagnose te stellen. Dit maakt dat het moeilijk is om algemene conclusies te trekken over de uiting van psychiatrische problematiek bij kinderen in de dagbehandelingsgroepen en de belemmeringen die u mogelijk ondervindt in de behandeling.

    Ik wil u vragen terug te kijken naar de afgelopen jaren en in te vullen bij welke problematiek u (regelmatig) moeilijkheden of belemmeringen hebt ondervonden in de behandeling binnen de dagbehandelingsgroepen: (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

    - ❑ ADHD
    - ❑ ASS-problematiek
    - ❑ ODD (Oppositioneel opstandige gedragsstoornis)
    - ❑ Hechtingsstoornis
    - ❑ Ticstoornis
    - ❑ Depressiviteit
    - ❑ Selectief mutisme
    - ❑ Angststoornis
    - ❑ Co-morbiditeit (twee of meer stoornissen bij één kind)
    - ❑ Geen
    - ❑ Anders, namelijk.....

16. Welke moeilijkheden of belemmeringen komt u hierin tegen: (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

    - ❑ Acting-out gedrag/externaliserend gedrag.
    - ❑ Internaliserend gedrag/extreem teruggetrokken gedrag.
    - ❑ Het kind kan zich niet handhaven in de groep(situaties).
    - ❑ Onvoldoende kennis van de psychiatrische problematiek.
    - ❑ Onvoldoende kennis van de behandeling die ingezet kan worden bij deze problematiek.
    - ❑ Twijfelachtig of het moeilijke gedrag werkelijk voortkomt uit een psychiatrische stoornis of dat het voornamelijk voortvloeit uit een verstoord gezinssysteem.
    - ❑ Geen.
    - ❑ Anders, namelijk.....

17. Kunt u bovenstaand(e) antwoord(en) toelichten:

.....
.....
.....
.....
.....

18. Wat doet u wanneer u meer informatie wilt hebben over een bepaalde stoornis: (meerdere antwoorden mogelijk)

    - ❑ Op internet zoeken
    - ❑ Literatuur van de Zevenster doornemen
    - ❑ Literatuur elders doornemen
    - ❑ Behandelcoördinator benaderen
    - ❑ Collega's benaderen
    - ❑ Niets opzoeken, omdat.....

19. Bij welke problematiek dat voor kan komen binnen de dagbehandelingsgroepen wenst u aanvullende informatie en/of begeleiding: (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

    - ❑ ADHD
    - ❑ ASS-problematiek
    - ❑ ODD
    - ❑ Hechtingsstoornis
    - ❑ Ticstoornis
    - ❑ Depressiviteit
    - ❑ Selectief mutisme
    - ❑ Angststoornis
    - ❑ Ik wens geen aanvullende informatie en/of begeleiding.
    - ❑ Anders, namelijk.....

Conclusie/aanbevelingen

20. Zou u extra ondersteuning en/of informatie willen krijgen m.b.t. psychiatrische problematiek bij jonge kinderen en de behandelwijze die hierbij aansluit:

    - ❑ Ja
    - ❑ Nee→ Ga door naar vraag 22.

21. Op welke wijze zou u ondersteund willen worden in de behandeling van kinderen met (een vermoeden van) psychiatrische problematiek: (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

    - ❑ Deskundigheidsbevordering.
    - ❑ Studie-middag met andere pedagogisch medewerkers en behandelcoördinatoren van de Zevenster om ervaring en kennis uit te wisselen.
    - ❑ Meer contact/overlegmomenten met de behandelcoördinator met betrekking tot dit onderwerp.
    - ❑ Meer informatie over diverse problematieken ter beschikking op de dagbehandelingsgroep.
    - ❑ Anders, namelijk.....
    - ❑ Aanvullende ondersteuning is niet nodig.

22. Heeft u nog eventuele opmerkingen, aanvullingen en/of tips:

.....
.....
.....
.....
.....

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Kitty van den Berg
Februari 2008.

Bijlage 5 Vragenlijst behandelcoördinatoren

Algemeen

1. Bij welke klimaatgroep(en) bent u betrokken: (meerdere antwoorden zijn mogelijk)
   - ❑ De Tureluur
   - ❑ Het Vogelnest
   - ❑ De Fuut
   - ❑ De Anemoon
   - ❑ De Fluitekruid
   - ❑ De Korenbloem

2. Hoe lang bent u werkzaam binnen de Zevenster (stage en jaren in de functie van pedagogisch medewerker meegerekend):
   - ❑ 0-2 jaar
   - ❑ 2-5 jaar
   - ❑ 5-7 jaar
   - ❑ 7-10 jaar
   - ❑ 10- langer

Ervaring binnen de Jeugd-GGz

3. Heeft u eerder gewerkt of werkt u momenteel tevens binnen de Jeugd-GGz:
   - ❑ Ja
   - ❑ Nee→ Ga door naar vraag 7.

4. In wat voor behandelvorm bent u werkzaam geweest:
   - ❑ Deeltijdkliniek (Dagbehandeling)
   - ❑ Leefgroep voor klinische opname
   - ❑ Ambulant, poliklinisch
   - ❑ Anders, namelijk.....

5. Hoeveel onderscheid ervaart u in het behandelen van kinderen met (een vermoeden van) psychiatrische problematiek in de dagbehandelingsgroepen t.o.v. uw eerdere werkervaring binnen de Jeugd-GGz:
   - ❑ Geen onderscheid
   - ❑ Weinig onderscheid
   - ❑ Een aantal verschillen
   - ❑ Veel onderscheid
   - ❑ Erg veel onderscheid

6. Kunt u hieronder toelichten welke verschillen in problematiek, visie en behandelwijze u opgemerkt heeft:

.....
.....
.....
.....
.....

Ervaring binnen de Zevenster

7. Wanneer u terugkijkt naar het werken binnen de Zevenster de afgelopen periode, ervaart u verschil in het **aantal** kinderen met (een vermoeden van) psychiatrische problematiek binnen de dagbehandelingsgroepen:

- ❑ Nee, er waren **voorheen evenveel** kinderen met psychiatrische problematiek binnen de dagbehandelingsgroepen
- ❑ Ja, er waren **voorheen meer** kinderen met psychiatrische problematiek binnen de dagbehandelingsgroepen
- ❑ Ja, er zijn **nu meer** kinderen met psychiatrische problematiek binnen de dagbehandelingsgroepen.
- ❑ Ja, er zijn **nu beduidend meer** kinderen met psychiatrische problematiek binnen de dagbehandelingsgroepen.

8. Kunt u een schatting geven van het aantal kinderen met een stoornis of een vermoeden daarvan die op dit moment binnen uw dagbehandelingsgroep(en) behandeld worden:

Klimaatgroep: .....

❑ 1	❑ 5
❑ 2	❑ 6
❑ 3	❑ 7
❑ 4	❑ 8

Klimaatgroep: .....

❑ 1	❑ 5
❑ 2	❑ 6
❑ 3	❑ 7
❑ 4	❑ 8

Klimaatgroep: .....

❑ 1	❑ 5
❑ 2	❑ 6
❑ 3	❑ 7
❑ 4	❑ 8

9. Hoe ervaart u de **zwaarte** van de problematiek binnen de dagbehandelingsgroepen wanneer u terugkijkt naar de afgelopen 2 jaar:

   - ❑ Erg licht
   - ❑ Licht
   - ❑ Redelijk
   - ❑ Zwaar
   - ❑ Erg zwaar

10. Hoe krijgt u een duidelijk beeld van de invloed van het (gezins)systeem op de problematiek van het kind?

.....
.....
.....
.....
.....

11. Hoe vaak ervaart u als behandelcoördinator moeilijkheden in de behandeling van kinderen met (een vermoeden van) psychiatrische problematiek?

   - ❑ Nooit
   - ❑ Sporadisch
   - ❑ Soms
   - ❑ Regelmatig
   - ❑ Vaak

12. Welke moeilijkheden en/of belemmeringen ervaart u hierin?

.....
.....
.....
.....
.....

13. Elk kind is een unieke persoonlijkheid met eigen sterkten en zwakten. Psychiatrische problematiek komt hierdoor ook anders tot uiting bij elk afzonderlijk kind. Daarnaast is het vanwege de jonge leeftijd van het kind lastig om een betrouwbare diagnose te stellen. Dit maakt dat het moeilijk is om algemene conclusies te trekken over de uiting van psychiatrische problematiek bij kinderen in de dagbehandelingsgroepen en de belemmeringen die u mogelijk ondervindt in de behandeling.

    Ik wil u vragen terug te kijken naar de afgelopen jaren en in te vullen bij welke problematiek u (regelmatig) moeilijkheden of belemmeringen hebt ondervonden in de behandeling binnen de dagbehandelingsgroepen: (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

    - ❑ ADHD
    - ❑ ASS-problematiek
    - ❑ ODD
    - ❑ Hechtingsstoornis
    - ❑ Ticstoornis
    - ❑ Depressiviteit
    - ❑ Selectief mutisme
    - ❑ Angststoornis
    - ❑ Co-morbiditeit (twee of meer stoornissen bij één kind)
    - ❑ Geen
    - ❑ Anders, namelijk.....

Intake

14. Ernstige kinderpsychiatrische problematiek is een contra-indicatie voor plaatsing binnen de Zevenster. Wanneer spreekt u van ernstige kinderpsychiatrische problematiek?

.....
.....
.....
.....
.....

15. Op basis van uw definitie van ernstige kinderpsychiatrische problematiek; hoe vaak komen er kinderen met deze problematiek binnen op de dagbehandelingsgroepen van de Zevenster?

    - ❑ Nooit
    - ❑ Sporadisch
    - ❑ Soms
    - ❑ Regelmatig
    - ❑ Vaak

16. Wat is volgens u de reden dat deze kinderen alsnog aangenomen en geplaatst worden binnen een dagbehandelingsgroep van de Zevenster:

.....
.....
.....
.....
.....

Aansturing pedagogisch medewerkers

17. Hoe vaak komen pedagogisch medewerkers naar u toe met een vraag gericht op de behandeling van kinderen met (een vermoeden van) psychiatrische problematiek:

    - ❑ Nooit
    - ❑ Sporadisch
    - ❑ Soms
    - ❑ Regelmatig
    - ❑ Vaak

18. Ervaart u dat pedagogisch medewerkers moeilijkheden of belemmeringen tegenkomen in de behandeling van kinderen met (een vermoeden van) psychiatrische problematiek:

    - ❑ Nee→ Ga door naar vraag 21.
    - ❑ Soms
    - ❑ Ja

19. Om welke vraag, moeilijkheden of belemmeringen gaat het dan?

.....
.....
.....
.....
.....

20. Wanneer er moeilijkheden/belemmeringen worden ondervonden, welke ondersteuning biedt u dan aan de pedagogisch medewerkers?

.....
.....
.....
.....
.....

21. Wanneer gaat bij u de vraag spelen of het kind nog voldoende gebaat is bij de dagbehandeling of mogelijk (aanvullende) behandeling vanuit de Jeugd-GGz nodig heeft. Zo ja, wat doet u als deze vraag gaat spelen:

.....
.....
.....
.....
.....

Consult kinderpsychiater

22. Hoe vaak maakt u gebruik van de consultfunctie van Fornhese?

- ❑ Nooit
- ❑ Sporadisch
- ❑ Soms
- ❑ Regelmatig
- ❑ Vaak

23. Om welke reden vraagt u consult aan: (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- ❑ Informatie m.b.t. de inhoud van de stoornis
- ❑ Informatie/advies m.b.t. de ingezette behandeling bij het kind
- ❑ Informatie/advies m.b.t. medicijngebruik of inzet van medicatie
- ❑ Informatie m.b.t. behandelaanbod en doelgroep van Fornhese
- ❑ Informatie m.b.t. kinderpsychiatrisch onderzoek
- ❑ Anders, namelijk.....

24. Bij welke problematiek vraagt u dit consult vaak aan: (meerdere antwoorden zijn mogelijk)

- ❑ ADHD
- ❑ ASS-problematiek
- ❑ ODD
- ❑ Hechtingsstoornis
- ❑ Ticstoornis
- ❑ Depressiviteit
- ❑ Selectief mutisme
- ❑ Angststoornis
- ❑ Co-morbiditeit
- ❑ Anders, namelijk.....

25. Biedt het consult voldoende antwoord op uw vragen?

.....
.....
.....
.....
.....

Conclusie/aanbevelingen

26. Vanuit meerdere theoretische bronnen is duidelijk geworden dat er een grijs gebied is in problematiek tussen de Jeugdzorg en Jeugd-GGz. De grens tussen deze twee werkvelden is niet altijd duidelijk.

    Ervaart u dat deze onduidelijke grens een probleem kan vormen in de behandeling van jonge kinderen met (een vermoeden van) psychiatrische problematiek binnen de Zevenster:

    - ❑ Nooit
    - ❑ Sporadisch
    - ❑ Soms
    - ❑ Regelmatig
    - ❑ Vaak

27. Bij welke problematiek of uitingsvormen ervaart u overlap tussen de Jeugdzorg en de Jeugd-GGz?

.....
.....
.....
.....
.....

28. Heeft u nog ideeën of aanbevelingen hoe er omgegaan kan worden met het groeiende aantal kinderen met psychiatrische problematiek binnen de Zevenster:

.....
.....
.....
.....
.....

29. Heeft u nog eventuele opmerkingen, aanvullingen en/of tips:

.....
.....
.....
.....
.....

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Kitty van den Berg
Februari 2008.

Bijlage 6 Interview Bureau Jeugdzorg Utrecht

Wat is uw functie en taak binnen Bureau Jeugdzorg?
Ik ben gedragswetenschapper binnen Bureau Jeugdzorg Veenendaal, bij de afdeling Jeugdhulpverlening en Jeugdbescherming. Ik begeleid twee teams en ik geef werkbegeleiding aan maatschappelijk werkers. Daarbij neem ik beslissingen over welk soort hulpaanbod er moet komen voor de Jeugdhulpverlening en voor de Jeugdbescherming. Ik volg alle kinderen in het traject van hulpverlening waarvan ik de interventies pleeg. Tevens ben ik voorzitter van de indicatiecommissie waar we dus onder andere indicaties geven voor de dagbehandeling 0-7 jaar (MKD), maar ook voor uithuisplaatsing, ambulant en alle andere geïndiceerde zorg. Ik ben dus eindeverantwoordelijke voor het indicatiebesluit.

Hoe verloopt de aanmelding en het indicatiebesluit bij Bureau Jeugdzorg?
Sinds een jaar hebben wij een centrale aanmelding in Utrecht. Daar wordt gekeken of mensen lokale zorg nodig hebben of dat er geïndiceerde zorg moet komen. Als dit laatste het geval is wordt het dichtstbijzijnde regiokantoor ingeschakeld. Daar volgt dan een indicatiegesprek door de case-manager (maatschappelijk werker of jeugdhulpverlener). In het indicatiegesprek wordt er gekeken wat de hulpvraag is; Wat willen ouders of wat wil het kind? Aan de hand daarvan wordt er een indicatiebesluit genomen door de indicatiecommissie.
Deze commissie bestaat uit:

- Voorzitter (in dit geval ben ik dit zelf)
- De Gelderse Roos→ GGZ instelling (coördinator diagnostiek)
- Maatschappelijk werker/ jeugdhulpverlener
- Iemand van de indicatieafdeling (deze werkt het indicatiebesluit verder uit).

Dit team bekijkt de indicatie en nemen een besluit. Deze indicatie wordt dan naar de instelling, bijvoorbeeld dagbehandeling jonge kind gestuurd.

Welke richtlijnen hanteert Bureau Jeugdzorg bij het beoordelen van de (ernst van de) problematiek?
Daar zijn richtlijnen voor opgesteld en daarnaast hebben wij ook zelf sommige protocollen ontwikkeld. Voor doorverwijzing naar de Jeugd- GGz moet er sprake zijn van psychiatrische problematiek of er moet zoveel last zijn op de verschillende gebieden dat ouders veel meer dan de gebruikelijke zorg moeten verlenen om gemakkelijker door het leven te gaan (draagkracht/ draaglast- verhouding). Bij de ernst van de problematiek gaat het vooral om de drie leefgebieden. Daarnaast speelt de ervaring van het kind en de ouders een rol. Een kind met ADHD kan er veel last van hebben, maar het tegenovergestelde kan ook het geval zijn. Er wordt vooral gekeken naar de draagkracht en de draaglast. Heeft het gezin een netwerk waar het op terug kan vallen of niet? Dat speelt een grote rol. Als er echt sprake is van psychiatrische problematiek dan moet er onderzoek zijn gedaan door bijvoorbeeld Karakter. Het gaat dan om de DSM-IV score en de GAF-score. Deze scores worden als uitgangspunt genomen. We gebruiken geen richtlijnen in de zin van 'score van.... is dit of score van.... is dat'. Dit is per kind verschillend. De sociale wetenschap blijft een zachte wetenschap. De enige harde score is de LVG. Is het lager dan 80 dan hoort het bij de lichtverstandelijk gehandicaptenzorg.

Voor de aanmelding bij Jeugd-GGz is er al het liefst psychiatrisch onderzoek gedaan en kan er een diagnose worden gesteld. Dit hoeft niet persé want we kunnen ook doorsturen als er een groot vermoeden is van psychiatrische problematiek. Dan verwijzen wij door naar de Jeugd-GGz voor een diagnose en/of behandeling. Dit wil nog niet zeggen dat het kind ook direct behandeling krijgt in de Jeugd-GGz; eerst wordt de diagnose gesteld.

Wordt er bij elk kind gebruikt gemaakt van de CBCL en TRF?
Nee, maar we zijn er wel druk mee bezig om dat te laten gebeuren. Er is een werkgroepje geweest om dit te ontwikkelen. Zij hebben dit sporadisch gebruikt om te onderzoeken of we er wat aan hebben. Hieruit kwam vooral de behoefte aan de CBCL en de NOSI en deze gaan ze dan ook binnenkort implementeren. We zien hier zeker de meerwaarde van in. Vooral om duidelijk te krijgen wanneer iets

ernstig is en wanneer niet. Het is prettig om er wat objectiever naar te kijken en niet alleen te kijken naar de draagkracht en draaglast.

Wanneer wordt er gesproken van ernstige kinderpsychiatrische problematiek?
Het is best heftig om te spreken van ernstige kinderpsychiatrisch problematiek; psychiatrisch is het alleen als er een diagnose is. Heel veel kinderen hebben op zo'n jonge leeftijd nog geen diagnose. We spreken ook bijna nooit over kinderpsychiatrische problematiek aangezien dit bijna nooit of zelden voorkomt. We hebben het dan over ernstige problematiek. Als er sprake is van kinderpsychiatrische problematiek, bijvoorbeeld bij een kind van vier jaar met ODD met gedragsproblemen, dan gaat het naar een deeltijdkliniek. Als een kind vastloopt in twee van de drie gebieden vind ik dat al psychiatrische problematiek. En de vraag is of dat psychiatrisch is of niet? Eerst moet dat onderzocht worden want of er sprake is van psychiatrische problematiek.
Er wordt gesproken van ernstige kinderpsychiatrische problematiek wanneer er een gedegen onderzoek is gedaan door een GZ-psycholoog of psychiater en waarbij er een DSM-IV classificatie of diagnose is gesteld. Maar dit gebeurt heel weinig omdat het kind nog erg jong is. We kunnen wel vermoedens uitspreken maar dat is nog geen diagnose.
Wanneer wij het kind doorsturen naar een dagbehandeling jonge kind is er ook sprake van heftige problematiek. Ouderbegeleiding of ambulante hulpverlening kan ook geboden worden en is een lichtere vorm van hulpverlening. Evenals een vorm van opvoedingsondersteuning om een plaatsing binnen de dagbehandeling jonge kind te voorkomen. Indien het kind op school ook uitvalt, denken we snel aan een dagbehandeling jonge kind. Overigens is het per kind verschillend. Een kind woont het liefst thuis, daar bieden we eerst begeleiding. Kan het echt thuis niet meer dan gaan we verder kijken. Wat heeft kind nodig? Hier kijken wij eerst naar en vervolgens bekijken we wat hierop aansluit.

Hoe weten jullie of er sprake is van psychiatrische problematiek bij het kind en welk traject gaat het kind en het gezin dan in?
We doen zelf geen onderzoek om vast te stellen of er bij een kind mogelijke sprake is van psychiatrische problematiek. Hiervoor zijn we afhankelijk van alle onderzoeken die gedaan zijn door bijvoorbeeld ziekenhuizen, scholen, het kinderdagverblijf of het consultatiebureau. Stel dat er een onderzoek heeft plaatsgevonden, dan weten we of er sprake is van psychiatrische problematiek.
Bij deze jonge leeftijd zetten we licht in op zorg. Wanneer er bij zo'n jong kind een diagnose is gesteld, zit er al snel een etiket op. Het kan gebeuren dat op latere leeftijd de diagnose niet meer van toepassing is. Bij de keuze voor het type hulpverlening kijken we of er Jeugdhulpverlening of gespecificeerde ondersteuning zorg (bijvoorbeeld de GGZ) gericht op het kind moet komen. Dat is steeds een afweging die je maakt. Bij jonge kinderen zullen we veel sneller naar een dagbehandeling jonge kind verwijzen dan naar de Jeugd-GGz. Dit heeft te maken met de leeftijd en daarnaast vanwege het grote aanbod van de dagbehandeling; er is namelijk van alles mogelijk in deze hulpvorm. In de doelstelling kan vervolgens beschreven worden dat duidelijk wordt of er sprake is van GGZ-problematiek en of het kind in de GGZ thuishoort of niet. De dagbehandeling kan dit dan observeren. In dit geval kan de plaatsing dus een voortraject zijn. De Gelderse Roos (GGZ) kan maar bijvoorbeeld 1x in de week ouderbegeleiding bieden.

Is er sprake van ernstige problematiek bij een kind waarbij er geen diagnose is gesteld, dan wordt het eerst in de commissie bekeken. Indien er een sterk vermoeden is van psychiatrische problematiek, verwijzen we door naar de Jeugd-GGz. Bij een vermoeden kijk je aan de hand van de draagkracht/draaglast- verhouding of het kind echt naar de Jeugd-GGz moet.
Stel: bij een kind is er een vermoeden van ADHD. Wat heeft het kind nodig, medicatie of begeleiding? Per kind is dat anders, we kijken naar wat het kind nodig heeft. Dat is een heel belangrijk uitgangspunt.

Bij welke draagkracht/draaglast- verhouding wordt er dan doorverwezen naar de dagbehandeling jonge kind en Jeugd- GGz?
Daar is geen makkelijk antwoord op te geven. Ik ben niet zo snel geneigd om kinderen met zo'n jonge leeftijd door te verwijzen naar de Jeugd-GGz. Negen van de tien keer zou ik doorverwijzen naar een dagbehandeling jonge kind. Als het kind echt uit huis moet om bijvoorbeeld psychiatrische redenen, zoeken we een plek in de Jeugd-GGz; een klinische opname. Belangrijk is om creatief te zijn in wat we kunnen aanbieden binnen de Jeugdhulpverlening. Het moet wel heel ernstig zijn om door te verwijzen naar de Jeugd-GGz. Dit omdat het kind nog erg jong is en vaak kan het kind zich nog

ontwikkelen. Of misschien kan er iets veranderen in het systeem waardoor doorverwijzen niet nodig is. De vraag wat het kind nodig heeft staat voorop. Missie van Bureau Jeugdzorg is; zo licht, zo kort en zo dichtbij mogelijk hulp bieden. Het zo- zo –zo- beleid. Daarom verwijzen wij veel eerder eerst naar een dagbehandeling jonge kind dan naar een Jeugd-GGz.

Wat is jullie visie op de invloed van het systeem bij het ontstaan en de uiting van de psychiatrische problematiek?
We zijn systeemgericht, de visie is dat we nooit naar het kind alleen kijken. We kijken naar het hele systeem. Ik ben van mening dat psychiatrische problematiek is aangeboren, maar dat het afhankelijk is van de omgeving van het kind hoe het tot uiting komt. Heeft het er last van of niet? Een kind zal nooit alleen hulp krijgen, er komt altijd ouderbegeleiding bij.

Wanneer wordt er gekozen voor een behandeling en eventuele plaatsing in een instelling van de Jeugd-GGz?
Er wordt gekozen voor een plaatsing in de Jeugd-GGz als de dagbehandeling jonge kind onvoldoende middelen kan bieden of wanneer duidelijk is dat er sprake is van psychiatrische problematiek. Nogmaals, dit komt niet vaak voor omdat we zo licht mogelijke zorg willen inzetten. Het moet dan wel heel ernstig willen we het kind in de Jeugd-GGz plaatsen.

Wanneer wordt er gekozen voor de Jeugdhulpverlening en in het bijzonder de dagbehandelingsgroepen voor het jonge kind?
De dagbehandeling jonge kind heeft een breed aanbod dus daarom wordt er sneller voor deze hulpvorm gekozen. Zij kunnen het kind observeren voor langere tijd. Omdat het om jonge kinderen gaat, wordt er lichte zorg ingezet. Dat zou een reden zijn om het kind door te verwijzen naar de dagbehandeling jonge kind.

Wat zijn indicaties en contra-indicaties voor plaatsing in een dagbehandeling jonge kind en voor de Jeugd-GGZ?
Voor een dagbehandeling jonge kind is een contra-indicaties ernstige kinderpsychiatrische problematiek. Ook als ouders verslaafd zijn aan bijvoorbeeld drugs of alcohol, of als ouders helemaal niet mee kunnen werken aan een vorm van opvoedingsondersteuning. Indien dat het geval is maken we een weloverwogen beslissing of het kind naar een dagbehandeling jonge kind kan.
Een indicatie voor de Jeugd-GGz is wanneer er ernstige vermoedens zijn van psychiatrische problematiek of wanneer het al duidelijk is dat de dagbehandeling jonge kind onvoldoende middelen biedt. Verwijzing naar de GGZ komt altijd na de dagbehandeling. Het kan ook gebeuren dat de dagbehandeling contact op neemt en zegt dat ze geen optimale behandeling kunnen bieden. Officieel kunnen zij geen behandeling weigeren omdat het verplicht is behandeling te bieden. Het komt dan ook niet vaak voor dat zo'n instelling contact opneemt met Bureau Jeugdzorg. Het is ook mogelijk dat de doelen worden aangepast zodat het kind alsnog behandeld kan worden binnen de dagbehandeling jonge kind.

Wat voor meerwaarde kan de Jeugd-GGZ hebben voor het behandelen van een kind met (een vermoeden van) psychiatrische problematiek?
Een meerwaarde van de GGZ is dat zij medicatie kunnen bieden. Evenals het feit dat zij gespecialiseerd zijn in bepaalde stoornissen. Ik denk dat de meerwaarde het specialisme is, in plaats van de basis opvoedingsondersteuning voor kinderen die druk zijn. De GGZ kan ook veel psycho-educatie geven aan ouders. De dagbehandeling jonge kind is van alle aanbod binnen de Jeugdhulpverlening meer gericht op hoe ga je om gaat met het probleem. Bij de Jeugd- GGz is de bedoeling dat het wordt opgelost/ genezen en ermee om gegaan kan worden; dit is dus meer een soort van therapie. Een voorbeeld hiervan is de hechting opnieuw herstellen.

Hoe verloopt de samenwerking met de Jeugd-GGZ?
Bij ons verloopt dit goed omdat ze bij ons in het gebouw zitten waardoor we ook korte lijntjes hebben. Iedere week is er overleg met iemand van de Jeugd-GGz over de indicaties. Tussendoor is er ook geregeld contact, bijvoorbeeld bij de vraag of er eerst onderzoek moet plaatsvinden of dat het kind direct moet worden doorgestuurd naar de Jeugd-GGz. Wij hebben een prettige vorm van samenwerking.

Kunt u ons wat vertellen over de visie en modellen van waaruit de Jeugd-GGZ werkt?
Ik denk dat er geen enkele instelling is die met kleine kinderen werkt en de ouders er niet bij betrekken. Eigenlijk heb ik hier niet goed zicht op. In onze commissie zit iemand van de GGZ en die heeft daar veel meer zicht op. Ik ga af op haar mening want het is haar werkveld. Het komt maar zelden voor om een kind uit het systeem te halen en vervolgens te behandelen. Dit komt vaker in de Jeugdbescherming voor bij ouders die spoorloos zijn, zeer psychiatrisch of verslaafd. In dat geval halen wij het kind uit huis.

Hoeveel kinderen worden er vanuit de huisarts rechtstreeks doorverwezen naar de Jeugd-GGZ?
Vroeger mocht de huisarts alleen doorverwijzen, dit is veranderd door de Wet op de Jeugdzorg. De huisarts mag dit niet meer doen want alles gaat via Bureau Jeugdzorg. Het gevolg hiervan was dat Bureau Jeugdzorg lange wachtlijsten kreeg. Dit tot ergernis van de Jeugd-GGz want Bureau Jeugdzorg ging zich er mee bemoeien. Sinds 1 januari dit jaar is het weer teruggedraaid naar de huisarts. We zitten nu in een overgangsfase dat Bureau Jeugdzorg nog doorstuurt maar de huisarts mag dit dus ook. Ik heb dus gehoord dat het allemaal weer via de huisarts gaat lopen. Dat zou dus betekenen dat onze commissie niet meer nodig is. Het is nog niet duidelijk hoe dit allemaal vorm gaat krijgen. Maatschappelijk werkers adviseren soms bij cliënten om naar de huisarts te gaan; dan verloopt het traject sneller. Er is geen zicht op wanneer de huisarts verwijst naar een specifieke hulpvorm. Stel het kind door de huisarts verwezen naar de Jeugd-GGz, dan wordt er daar in de intakecommissie bekeken welke behandeling het kind eventueel gaat volgen.

Kunt u een grove schatting geven van het aantal kinderen in de leeftijd van twee tot zeven jaar dat doorverwezen wordt naar de Jeugd-GGz en naar de dagbehandeling jonge kind?
Bureau Jeugdzorg biedt natuurlijk meer als de dagbehandeling en de GGZ, dus is dat moeilijk te zeggen. We bieden een breed aanbod; van een vaardigheidstraining tot een uithuisplaatsing. Een klein gedeelte wat bij ons binnenkomt gaat naar de dagbehandeling jonge kind en een nog kleiner gedeelte naar de Jeugd- GGz. Ik denk dat van de groep kinderen waarover jullie spreken, ongeveer 75% naar de dagbehandeling gaat en de rest naar de Jeugd-GGz. Dit is subjectief gezien, in ieder geval gaan er meer naar de dagbehandeling vanwege de jonge leeftijd van de kinderen.

Is er zicht op welke kinderen vanuit de dagbehandeling jonge kind doorgeplaatst worden naar de Jeugd-GGz?
Het gebeurt wel en daar hebben we zicht op door middel van de case- managers. Maar ik heb er geen zicht op hoe vaak dat gebeurt. Dit gebeurt volgens mij niet vaak. Het kan voorkomen wanneer het kind bijvoorbeeld niet mee kan draaien in de structuur die door de dagbehandeling geboden wordt of wanneer het kind destructief gedrag vertoont. Het kan ook zijn dat het kind de fantasie en werkelijkheid nog op late leeftijd door elkaar haalt of dat er sprake is van een erge taalachterstand. Een andere voorbeeld is bij een co-morbiditeit van ODD en hechtingsproblematiek. Een andere mogelijkheid in plaats van doorverwijzen naar de Jeugd-GGz is dat er een extra pedagogisch medewerker speciaal voor het kind komt. Dit zou door middel van PGB gefinancierd kunnen worden.

Erkent u dat er een onduidelijke grens is tussen de JHV en Jeugd-GGZ als het gaat om jonge kinderen met een vermoeden van psychiatrische problematiek?
Ik heb het nooit als een probleem gezien. Het is een grijs gebied maar ik vind dat vanzelfsprekend wanneer het kind nog zo jong is, aangezien je zo licht mogelijk op zorg inzet. Indien de Jeugdhulpverlening te licht is gebleken verwijzen we door naar de Jeugd-GGz. Er is inderdaad een onduidelijke grens, maar ik zie dat niet als een probleem. Want als er een duidelijke grens zo zijn, dan zou de kwaliteit van de hulpverlening minder zijn.

Bij welke problematiek wordt er overlap ervaren tussen de JHV en de Jeugd-GGZ?
Het komt vaak voor dat een kind met een psychiatrische stoornis, bijvoorbeeld hechtingstoornis, in therapie gaat of een ander aanbod krijgt binnen de Jeugd-GGz. De medewerker van de Jeugd-GGz denkt dat ouders ook nog opvoedingsondersteuning nodig hebben. Dan kan er een dubbel aanbod komen; ambulante opvoedingsondersteuning naast het aanbod van de Jeugd-GGz. De case-manager zorgt dan weer dat iedereen op één lijn staat. Zo is er een mooie overlap.

Bijlage 7 Interview Bureau Jeugdzorg Gelderland

Wat is uw functie en taak binnen Bureau Jeugdzorg?
Ik beoefen verschillende functies binnen Bureau Jeugdzorg Gelderland. Ik ben gedragsdeskundige, wat inhoudt dat ik jeugdhulpverleners begeleid en hun verslaglegging controleer. Daarbij ben ik verantwoordelijk voor de indicatiestelling. Daarnaast ben ik ook jeugdhulpverlener en daarmee sta ik direct in contact met de aangemelde cliënt. Als jeugdhulpverlener stel ik de analyse en doe ik het case- management. Aan de hand daarvan stel ik de indicatie. Daarmee val ik ook onder de verantwoordelijkheid van een gedragsdeskundige. Dit omdat ik mijn eigen werk niet kan controleren.

Hoe verloopt de aanmelding en het indicatiebesluit bij Bureau Jeugdzorg?
Dit is per regio verschillend waardoor ik alleen een beeld kan geven van Bureau Jeugdzorg Gelderland. Mensen melden zich aan bij Bureau Jeugdzorg. Dit kan gebeuren door ouders, school of bijvoorbeeld de politie. Meestal wordt er dan een analyse- traject doorlopen. Dit betekent dat er 2 à 3 afspraken worden gemaakt om naar het cliëntsysteem te kijken en een inschatting te maken van wat de problematiek is van het kind en/of van het gezin. Elke cliënt moet worden gezien, zo weet je over wie je het hebt. Tijdens het analyse- traject verzamelen wij informatie bij scholen om te weten hoe het kind daar functioneert en indien dat het geval is, bij eerdere hulpverleningsinstanties. Aan de hand daarvan wordt er een analyse- verslag geschreven en op basis daarvan wordt er in overleg met de gedragsdeskundige besloten welk advies/ indicatiestelling er wordt gegeven vanuit Bureau Jeugdzorg. Een traject moet binnen 40 dagen worden doorlopen. De hulpverlener die de analyse doet, maakt ook de indicatie.

Welke richtlijnen hanteert Bureau Jeugdzorg bij het beoordelen van de (ernst van de) problematiek?
Er is geen lijst met richtlijnen die Bureau Jeugdzorg Gelderland hanteert bij het beoordelen van de problematiek. Wij kijken naar het gezinssysteem en we gaan mee in de vraag van ouders. Ouders hebben bijvoorbeeld al een vermoeden. Wij doen dan niet alleen onderzoek; er moet een hulpvraag achterliggen. Bij ernstige problematiek van kinderen die depressief zijn, dan gaan we direct naar de Jeugd-GGz. Er is voor mij wel een grens tussen gedragsproblemen en psychiatrische problematiek. Onder gedragsproblematiek versta ik bijvoorbeeld het niet kunnen omgaan met leeftijdsgenootjes. Onder psychiatrische problematiek somberheid en destructief gedrag. De zwaardere problematiek verwijzen wij door naar de Jeugd-GGz. Er wordt echt per situatie bekeken wat er aan de hand is. Wij hanteren daarbij ook geen protocol.

Welke meetinstrumenten worden er gebruikt?
Er wordt gebruik gemaakt van verschillende testen. Daarbij zijn er geen richtlijnen wanneer het kind te plaatsen in de Jeugd-GGz en wanneer in een dagbehandeling jonge kind. Er wordt eerst gekeken naar het gezinsysteem en aan de hand van de analyse wordt er een indicatiebesluit genomen.

Hoe weten jullie of er sprake is van psychiatrische problematiek bij het kind en welk traject gaat het kind en het gezin dan in?
We horen veel informatie van ouders en daarnaast nemen we ook verschillende gedragvragenlijsten af. De CBCL wordt bij elk kind afgenomen, evenals de TRF door de betreffende leerkrachten. De CBCL wordt door ouders en cliënten vanaf 11 jaar ingevuld. Naast deze lijsten gaan we ook uit van de informatie die van ouders krijgen. Zitten er kenmerken van psychiatrische problematiek in en is dat de hoofdoorzaak, of spelen er mogelijk meer dingen? Soms is dat ook niet duidelijk. Er kan in een systeem vaak zoveel aan de hand zijn dat de problemen ook veroorzaakt kunnen worden door de thuissituatie.

Hoe maken jullie de keuze of er sprake is van psychiatrische problematiek of dat de problemen voornamelijk veroorzaakt worden door de thuissituatie?
We stellen ons altijd de vraag is er mogelijk sprake van psychiatrische problematiek, hebben we daar genoeg aanwijzingen voor. Maar soms is dit voor ons niet duidelijk te krijgen. Wij hebben dan een vermoeden. Dit is ook vaak een vraag die wij meegegeven aan de hulpverlener die met het kind/het

gezin aan de slag gaat. We hebben dan zelf ook de mogelijkheid om eventueel een intern onderzoek uit te voeren om hier meer zicht op te krijgen. Als het duidelijk is dat er psychiatrische problematiek speelt en dat dat het hoofdprobleem is, wordt er gekozen voor verwijzing naar de Jeugd-GGz. Een voorbeeld hiervan is wanneer het kind wel goed kan functioneren binnen het onderwijs, maar ouders de vraag hebben; wat heeft mij kind?
Als het kind veel gedragsproblemen vertoont en wij weten niet precies de oorzaak, dan gaan we vaak met het kind aan de slag. Zo kiezen wij ook voor een dagbehandeling jonge kind bij een ontwikkelingsachterstand en wanneer het kind vaardigheden mist waar mogelijk ook een aantal kindfactoren de oorzaak van zijn. Daarnaast ook wanneer het kind door gedragsproblemen niet te houden is in het onderwijs. De dagbehandeling jonge kind biedt vervanging voor school. Dit maakt dat wij vaak voor een dagbehandeling kiezen wanneer het kind ook vastloopt op school. Als ik twijfel aan kindfactoren of omgevingsfactoren dan kies ik ook vaak voor het ambulant werken van de Jeugdhulpverlening- instelling. Dit omdat zij werken vanuit een multifunctioneel team en kijken naar het kind én naar het gezin.

U noemt dat jullie vaak doorverwijzen naar een dagbehandeling jonge kind bij gedragsproblemen. Is het mogelijk dat pedagogisch medewerkers sneller het grensgebied lijken te ervaren doordat zij vaak kinderen geplaatst krijgen met gedragsproblemen en acting- out gedrag?
Ja, maar als ze naar het Jeugd-GGz gaan hebben ze een ambulant contact van 1 à 2 momenten in de week. Daarbij kan het kind te weinig begeleiding krijgen en voor sommige ouders is dit niet genoeg. Als je naar de Jeugd-GGz doorverwijst wordt er eerst onderzoek gedaan en vaak wordt er dan al een diagnose gegeven. En daar wordt vooral gekeken; wat zijn handvaten voor ouders om met het kind om te gaan. En op de dagbehandeling jonge kind kan er meer begeleiding worden gegeven aan het kind, het kind kan dan nog worden gevormd. Bijvoorbeeld bij het aanleren van sociale contacten. In de Jeugd-GGz is er veel minder begeleidingsmogelijkheid.

Wanneer wordt er gesproken van ernstige kinderpsychiatrische problematiek?
Ik denk als het gaat om destructief gedrag en somber gedrag. Bijvoorbeeld als het kind zichzelf iets aan wil doen. Op basis van de gesprekken wordt er een inschatting gemaakt. Met behulp van de gedragsdeskundige wordt dit per cliënt bekeken. Als je doorwijst naar de Jeugd-GGz moet je al duidelijke kenmerken neerzetten van psychiatrische problematiek. Dit is bij een kind meestal niet gelijk duidelijk en daarom wordt er eerst intern onderzoek gedaan. Dit onderzoek wordt alleen gedaan als wij geen duidelijk beeld kunnen neerzetten van het diagnostische beeld na de analyse.
Als er sprake kan zijn van psychiatrische problematiek kan het voorkomen dat de kinderen eerst op een dagbehandeling jonge kind worden geplaatst. Komt er uiteindelijke toch naar voren dat het beter kan functioneren in de Jeugd-GGz, dan wordt het kind overgeplaatst. Het komt dus wel voor. Bijvoorbeeld een kind heeft Autisme. Er wordt door de dagbehandeling eerst gekeken hoe zwaar de problematiek is en welke inschatting er gemaakt kan worden voor vervolgonderwijs.

Wanneer wordt er gekozen voor een behandeling en eventuele plaatsing in instelling van de Jeugd-GGZ?
Dat is een duidelijke vraag van ouders. Als ouders persé een diagnose willen hebben en begeleiding willen hebben en wij zien genoeg aanwijzingen/ kenmerken van GGZ- problematiek; dan verwijzen door naar de GGZ. Bijvoorbeeld: ouders vermoeden dat het kind ADHD heeft en zij hebben moeite om met het gedrag om te gaan. Wanneer wij genoeg kenmerken van ADHD zien, kan dat een reden zijn om het kind door te verwijzen naar de Jeugd-GGz. Dit om de diagnose te krijgen en begeleiding te krijgen voor de ouders. De Jeugd-GGz stelt als eis dat wij aanwijzingen hebben van psychiatrische problematiek. Hebben wij dat niet, dan kunnen wij ze ook niet doorverwijzen.
Ikzelf vind dat depressiviteit thuishoort binnen de Jeugd-GGz en zou daarom ook voor deze behandeling kiezen. Maar bij bijvoorbeeld Autisme wordt er eerst gekeken hoeveel ondersteuning de ouders nodig hebben en of het kind nog wel kan functioneren op school. Als het kind nog kan functioneren op school, dan wordt er gekozen voor de Jeugd-GGz. Maar zegt school 'Wij kunnen deze problematiek niet aan' dan wordt er doorverwezen naar de dagbehandeling jonge kind. Omdat zij ook kunnen meekijken welke onderwijsvorm passend is voor het kind. Zij kijken ook naar de mogelijkheden van het kind.

Een deeltijdbehandeling is echt behoorlijk heftige problematiek binnen de Jeugd-GGz. Daar kom je dan ook niet zomaar binnen. Klinische opname komt zelden voor. Bij ons in ieder geval niet. Vaak zijn

dat ook trajecten die niet via ons lopen, dat gebeurt meestal via de huisarts. Als er crisis is, dan stuurt de huisarts gelijk door. Stel dat er wel een crisis is, dan kunnen wij wel gelijk contact opnemen met de Jeugd- GGz. Wij hoeven dan niet direct een analyse te schrijven.

Wat zijn indicaties en contra-indicaties voor een dagbehandeling jonge kind en voor de Jeugd-GGZ?
Wij hanteren geen strakke richtlijnen. Het kan dus per medewerker verschillen waar het kind naar toe gaat.

Indicaties voor een dagbehandeling 0-7 jaar zijn:
Als ouders aangeven dat ze behoorlijk veel gedragsproblemen ervaren, het kind vast loopt op school en dit wordt door school bevestigd; dan is dat bij jonge kinderen een indicatie voor een dagbehandeling in de Jeugdhulpverlening. Ook kan er sprake zijn van een ontwikkelingsachterstand of andere kindfactoren. Op deze andere kindfactoren hebben wij dan nog weinig zicht.

Indicaties voor de Jeugd-GGZ zijn:
Er is een duidelijk aanwijzing voor psychiatrische problematiek welke ambulant behandeld kan worden. Dus een hulpvraag die poliklinisch beantwoord kan worden.

Contra-indicatie voor een dagbehandeling 0-7 jaar:
Psychiatrische problematiek komt soms ook bij de ouders van het kind voor. Dit kan een contra-indicatie zijn om kinderen te plaatsen binnen een dagbehandeling 0-7 jaar. In een dagbehandeling jonge kind in de Jeugdhulpverlening wordt er naar het systeem gekeken van het kind. Dit is in de Jeugd-GGz veel minder. Binnen de Jeugd-GGz wordt er gekeken naar het kind en daarbij wordt er apart gekeken naar de problematiek van ouders. Dit zijn vaak verschillende afdelingen en tussen de afdelingen wordt minder met elkaar samengewerkt.

Wat voor meerwaarde kan de Jeugd-GGZ hebben voor het behandelen van het kind met (een vermoeden van) psychiatrische problematiek?
Bij de Jeugd-GGZ wordt er een diagnose gegeven aan het kind en daar wordt de behandeling op afgesteld. De behandeling is dan helemaal op de problematiek afgestemd. Ook kunnen deze behandelingen poliklinisch worden gegeven. Het kind kan dan eventueel worden behandelt in de thuissituatie.

Hoe verloopt de samenwerking met de Jeugd-GGZ?
Lastig, omdat er enorme wachtlijsten zijn. Daar lopen wij tegenaan. En het contact verloopt moeizaam. Zij hebben hun eigen methoden en ideeën, waardoor wij vaak weinig zicht hebben in de behandeling. Bijvoorbeeld wanneer een behandeling begint en wanneer deze eindigt. Ook wanneer cliënten niet komen omdat ze niet gemotiveerd zijn, worden wij niet altijd op de hoogte gebracht daarover. De Jeugd-GGz voelt zich erg verantwoordelijk voor zijn cliënten. Daarbij hanteren zij veel privacy- regels m.b.t. informatie doorgeven. De Jeugd-GGz is hier overigens wel mee bezig om dit allemaal te veranderen. Ze hebben inmiddels een ‘code kindermishandeling’ in het leven geroepen.

Het kan een struikblok voor het kind zijn als het kind Jeugdhulpverlening krijgt en daarnaast begeleiding krijgt vanuit de Jeugd-GGz. Als men elkaar niet op de hoogte houdt, kan dat ten koste gaan van het kind. De behandeling moet op elkaar afgestemd worden. Tijdens een crisis is er ook weinig overleg. Dit vinden wij erg jammer. Maar er zit verbetering in.
De wachtlijst van de GGZ is erg lang (kan een jaar zijn) en dat is jammer. In een dagbehandeling jonge kind is dit gemiddeld 6 maanden. Een kind kan als crisis binnenkomen in de Jeugd-GGz. Dan moet er alsnog wel een inschatting worden gemaakt of het een crisis is op basis van gedrag, of dat de problematiek van psychiatrische aard is. Vaak loopt de samenwerking met de Jeugd-GGz minder. Als er informatie over ouders die in de Jeugd-GGz behandeld worden nodig is, wordt deze vaak niet prijsgegeven. Er zit wel degelijk verbetering in de samenwerking over en weer.

Kunt u ons wat vertellen over de visie en modellen van waaruit de Jeugd-GGZ werkt?
De Jeugdhulpverlening is meer orthopedagogisch en opvoedkundig ingesteld. De Jeugd-GGz kijkt naar het kind en de kindfactoren en daarbij nemen ze niet altijd het hele systeem mee. Daarnaast heb je bij psychiatrische problematiek ouder- begeleiding en geen psycho-educatie. Bij Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling krijg je een stukje thuisbegeleiding.

Welke veranderingen heeft de Wet op de Jeugdzorg met zich meegebracht?
Met de komst van de Wet op de Jeugdzorg is de doelgroep van Bureau Jeugdzorg geworden: jeugdigen (en ouders) met ernstige problemen rondom opgroeien en opvoeden. Voor deze wet was het: alle kinderen tussen de 0-18 jaar. Toen werden hier bijvoorbeeld ook SOVA- trainingen gegeven. De enkelvoudige problematiek kwam hier destijds ook binnen, terwijl dat nu naar het Algemeen Maatschappelijk Werk toe gaat. Bureau Jeugdzorg is sinds deze wet een toegang voor de geïndiceerde jeugdzorg geworden. Dus bij een telefonische aanmelding wordt er gekeken of er een indicatie uit voort zal komen. Anders wordt er doorverwezen naar het Algemeen Maatschappelijk Werk of een andere niet geïndiceerde zorginstantie die de jongere kan helpen.

Erkent u dat er een onduidelijke grens is tussen Jeugdhulpverlening en Jeugd-GGZ als het gaat om jonge kinderen met een vermoeden van psychiatrische problematiek?
Ja, ik denk het wel. Het is gewoon een heel onduidelijke grens. En niet elk kind met psychiatrische problematiek heeft GGZ behandeling nodig, dus daar zit als een lastig component in. En daarbij kunnen wij nog niet gelijk vaststellen of er sprake is van psychiatrische problematiek of dat er omgevingsfactoren een rol spelen. Dat maakt dat er veel onduidelijkheid over kan blijven. En ik denk dat er veel kinderen met psychiatrische problematiek in de Jeugdhulpverlening rondlopen en dat het ook niet altijd verkeerd is. Alleen als instellingen er tegen aanlopen is het belangrijk dat zij wel signalen afgeven en dat het duidelijk is. Dan kunnen wij er wat mee doen.

Bij welke problematiek wordt er overlap ervaren tussen de Jeugdhulpverlening en de Jeugd-GGZ?
Elk kind is natuurlijk verschillend en wordt anders behandeld. ODD en ADHD kunnen een overlap hebben met de Jeugd-GGZ. Heel veel kinderen met ADHD krijgen tijdens de puberteit last van impulsieve acties en hebben daardoor weinig remmingen. Zij hebben daardoor veel structuur en duidelijk nodig. Dat kan een orthopedagogische setting prima bieden. En daar zou je dan een overlap hebben. Een kind met ADHD zou soms prima in een naschoolse dagopvang kunnen functioneren, waarbij Intensieve Ambulante Gezinsbegeleiding vanuit Lindenhout opgezet kan worden. Hierin leert moeder de grenzen aan te geven en structuur te bieden. Bij ODD is dat ook aan de orde en bij Autisme.

Bijlage 8 Interview Lindenhout Apeldoorn

Hoe lang bent u werkzaam binnen Lindenhout en welke functie(s) bekleedt u?
Ik werk nu twee jaar voor Lindenhout en daarbij ook twee jaar voor de dagbehandeling jonge jeugd. Ik werk als gedragswetenschapper en dat betekent dat ik op afstand betrokken ben bij de behandeling van de kinderen op de dagbehandelingsgroepen. Ik heb een actieve rol daar waar diagnostiek, specifieke behandeling of gesprekken met ouders nodig zijn. Ik test ook kinderen.

Kunt u wat meer vertellen over de samenstelling van de dagbehandelingsgroepen?
We hebben vier dagbehandelingsgroepen, waarbij we ons bij één van de groepen specifiek richten op observatie en diagnostiek. Daar komen kinderen over het algemeen ook binnen met een indicatie observatie en diagnostiek van Bureau Jeugdzorg. De kinderen verblijven daar ook korter omdat de indicaties formeel 2x 6 weken zijn, dus daar is de doorstroom wat sneller. In deze groep zijn we eigenlijk alleen maar gericht op diagnostiek, 'wat is er aan de hand' en vooral 'waar moet het kind naar toe'. Dus eigenlijk indicerende diagnostiek. Daarnaast hebben we drie behandelingsgroepen waar we ook diagnostiek doen, maar waar er ook behandelingsvragen zijn en de kinderen dus langer blijven. De dagbehandelingsgroepen zijn in principe voor kinderen van nul t/m zes jaar. In de praktijk zijn de jongste kinderen in de leeftijd van twee of drie jaar oud. Kinderen die ouder zijn dan vijf of zes jaar stromen meestal door naar het onderwijs.

Wat zijn indicaties en contra- indicaties van Lindenhout?
<u>Indicaties</u>
- De problematiek is meervoudig of complex van aard en is niet te herleiden tot één oorzaak of één ontwikkelingsgebied.
- De hulpvragen zijn gericht op behandeling en/of diagnostiek.
- Het kind wordt binnen reguliere dagopvang of onderwijs niet voldoende geholpen.
- De kindproblematiek of interactieproblematiek is dusdanig zwaar of ernstig van aard dat deze problemen niet door middel van ambulante hulp op te lossen zijn.

<u>Contra-indicaties</u>
- De ontwikkeling van het kind is dermate beperkt of de problematiek is dermate ernstig dat het kind onvoldoende kan profiteren van het behandelaanbod in de groep.
- De kindproblematiek of de interactieproblematiek is dermate ernstig dat residentiële behandeling geïndiceerd is.
- Ouders zijn onvoldoende in staat mee te werken aan behandeling van het kind en het kind is onvoldoende in staat te functioneren in twee verschillende milieus.

We hebben ook ouders waarbij er sprake is van wel of niet vastgestelde psychiatrische ziektebeelden. Dit is op zichzelf geen contra-indicatie. Wat wel een contra-indicatie is, is als ouders helemaal geen toestemming geven voor de behandeling. Of als ouders echt helemaal niet mee kunnen werken. Daar waar ouders de behandeling echt tegenwerken, zou dat een contra-indicatie zijn.
We zeggen nooit voor opname dat problematiek te ernstig is om het kind hier te behandelen. Dit heeft ermee te maken dat bij hele jonge kinderen en bij negen van de tien dossiers van ter voren niet bekend is wat er met het kind aan de hand is. Je hebt een beschrijving van het gedrag en van daaruit blijkt dat het niet goed gaat met het kind. Gaande de tijd dat het kind hier is wordt er meer duidelijk over de exacte aard en ernst van de kindfactoren. Voor hele jonge kinderen zijn er ook niet veel mogelijkheden voor een andere behandelplek. We hebben wel kinderen waarbij het gaat om GGZ-problematiek; waar het kind bijvoorbeeld met een Autistische stoornis gediagnosticeerd is en hier binnenkomt. We hebben ook wel eens kinderen die in het Diane- project in Nijmegen onderzocht zijn en van daaruit doorverwezen worden voor een dagbehandeling hier. De Jeugd-GGz heeft nog niet een heel gericht deeltijdaanbod. Ook hier bij de deeltijdbehandeling zitten kinderen vanaf de basisschoolleeftijd. Juist voor de hele jonge kinderen is er niet zo heel erg veel aanbod. Poliklinisch is wel mogelijk, maar dat is voor een heleboel ouders vaak niet voldoende. Daarbij speelt dat die kinderen het niet redden op een regulier kinderdagverblijf of op een reguliere peuterspeelzaal. Dan

heb je aan de ene kant met de belasting van ouders te maken, maar aan de andere kant ook met dat het kind dat wel gewoon behandeling nodig heeft. Het komt niet zo vaak voor dat we zeggen dat het kind niet te hanteren is binnen deze setting.

Kunt u wat meer vertellen over de problematiek die voorkomt binnen de dagbehandelingsgroepen? Komen jullie ook ernstige problematiek c.q. psychiatrische problematiek tegen?
Depressiviteit komt bij ons eigenlijk niet veel voor. Depressiviteit bij jonge kinderen is over het algemeen een veel zeldzamer fenomeen. Angstproblematiek komt wel voor. Autistische spectrumproblematiek komt veel voor en kan zich ook heel internaliserend uiten. Groepsleiding heeft het meeste last van externaliserende problemen. Last in de zin van dat er meer conflicten tussen kinderen onderling zijn. Dat is zwaarder in de dagelijkse begeleiding. Wij hebben wel eens een jongentje gehad waarbij er sprake was van een ontwikkelingsachterstand en waarbij we niet dachten aan een specifieke vorm van psychopathologie. Dit jongentje kwam binnen en deed de hele dag niets anders dan kinderen en groepsleiding bijten. Daar waar hij maar heel even zijn zin niet kreeg, hing hij direct in de arm van degene die het dichtst bij hem zat. Dan hebben we veel contacten over hoe het verder moet met een kind, omdat het heel veel van groepsleiding vraagt. Dit vraagt op heel veel momenten 1-op-1 begeleiding. En dat betekent dat je aan zeven andere kinderen weinig aandacht kan besteden. Dus de mate waarin het kind 1-op-1 begeleiding nodig heeft, is denk ik bepalend voor hoe het zwaar het voor groepsleiding is.

De problematiek loopt erg uiteen. We hebben zowel kinderen waarbij er van ter voren al sprake is van vastgestelde psychopathologie of kinderen waarbij we daar gedurende het traject achterkomen. Bij het grootste deel van de kinderen is er wel sprake van kindfactoren, zoals Autisme, ADHD, interactieproblematiek of hechtingsproblematiek. Dit zien wij redelijk veel. Het zijn uiteenlopende groepen, ze zijn in principe verticaal samengesteld. Op basis van problematiek is de groep erg gedifferentieerd. Sommige combinaties van kinderen blijken niet zo handig te zijn, maar dit zegt meer iets over de individuele kinderen als over de problematiek. Dit maakt dat we nog wel eens schuiven, omdat sommige kinderen niet zo'n goede match zijn samen. Dit doen we alleen daar waar de behandeling van één van de twee kinderen in de weg staat, waardoor het voor beide kinderen niet wenselijk is. We zijn bij binnenkomst niet heel erg selectief van 'dit kind doen we naar die groep' en 'dat kind naar die groep'. We hebben acht of negen kinderen op de groep, met twee soms drie pm'ers. Wanneer er drie pm'ers zijn is er wat meer ruimte voor individuele taken, maar ook voor verslaglegging en besprekingen. De keuze voor verticale groepen is vanuit het verleden zo gegroeid. Het levert eigenlijk ook nooit problemen op. Het is wel heel erg gedifferentieerd. Ik vraag me ook af of we met drie groepen voldoende zouden kunnen beantwoorden aan de leeftijdsgrenzen. Dit wisselt wel eens, soms hebben we erg veel drie-jarigen in huis.

We hebben een samenwerking met de Ambelt, cluster 4 onderwijs. Zij hebben een dependance van een aantal klassen hier op deze locatie. Dat betekent dat we voor een aantal kinderen die toe zijn aan onderwijs en nog niet terecht kunnen in regulier onderwijs, hen hier naar school laten gaan. Er zijn ook kinderen die een dagdeel regulier onderwijs volgen en het andere dagdeel behandeling hier.

Hoe ervaren jullie de zwaarte van de problematiek de laatste jaren?
Ik hoor in mijn werk veel dat er verschuiving is in problematiek. Veel daar waar het gaat om dagbehandeling of daar waar je pm'ers hoort praten over de dagbehandeling. Maar ik hoor het ook wel bij oudere jeugd en bij andere plekken. Eigenlijk lijkt het alsof je overal hoort dat problematiek zwaarder wordt. Ik vraag me dat wel af. Bij de oudere jeugd zie ik wel dat problematiek zwaarder wordt. Ik denk dat we ook steeds beter in staat zijn om beter te kijken en beter vast te stellen wat er is. Ik vind het lastig om te zeggen dat er echt een verschuiving is. We zien hier wel veel DSM-IV problematiek. Ik denk dat meer dan de helft van de kinderen uiteindelijk met een DSM-IV diagnose de deur uit gaat of een traject binnenstapt waar er daar meer duidelijkheid over moet komen. Zij worden doorverwezen voor verder kinderpsychiatrisch onderzoek. Wij doen de diagnostiek soms ook wel zelf, daar waar het zo duidelijk is wat er aan de hand is. Soms met behulp van de kinderpsychiater, soms ook zonder. Als je de richtlijnen van het NIP leest, zijn er geen restricties aan het stellen van wat voor diagnose dan ook. Het stellen van een DSM-IV classificatie is niet expliciet het domein van de kinderpsychiater. Binnen Lindenhout vinden wij het wel belangrijk om onze diagnostiek gedegen te doen en vragen we ook minimaal een registratie als GZ-psycholoog om dat soort zware diagnoses te stellen. Daarbij is het wel belangrijk om goed af te bakenen waar nog je kennis en kunde ligt. Daar

waar het bij een kind heel duidelijk is om welke problematiek het gaat, doen wij het stellen van een diagnose zelf. Daar waar vragen zijn zetten we de hulp van een kinderpsychiater in. Soms kijkt ze actief mee, soms leggen we alleen voor waar we aan denken.

Wanneer spreken jullie van ernstige problematiek?
Ernstige problematiek is eigenlijk een contra-indicatie, maar daarbij is het erg lastig om te bepalen wat ernstig is. Wat we hebben gezegd is: 'daar waar problematiek van het kind dermate ernstig is dat het kind niet kan profiteren van het behandelaanbod van de groep', moet er voor een andere plek gezocht worden. In de twee jaar dat ik hier werk hebben wij dat nog niet zo heel vaak meegemaakt. Ik weet één casus waarbij het jongentje dermate ernstige impulsdoorbraak- problematiek had, dat hij zo agressief was dat het gevaarlijk was voor de andere kinderen. En daarbij erg onvoorspelbaar voor groepsleiding. We hadden het jongentje al langere tijd opgenomen en zagen dat behandeling eigenlijk niet veel meer hielp of de problematiek niet minder werd. We zagen dat de andere kinderen en groepsleiding er erg last van kregen. We kregen het in diagnostische zin niet rond en we vonden dat er een klinische opname voor het kind moest komen. Dan moet je toch veel meer met medicatie gaan kijken wat je verder kan doen. Dat zijn wel beperkingen die we hier tegenkomen en op die intensieve manier niet kunnen bieden. We hebben wel kinderen die medicatie krijgen en ook wel kinderen die beginnen met medicatie. We hebben hier heel nadrukkelijk de samenwerking met Karakter en GGNet. De kinderpsychiater kijkt samen met ouders mee naar het effect van de medicatie. Daar waar het kind niet meer kan functioneren in de groep, past dat gewoon niet in de dagbehandelingsgroep.

Ik vind heel veel dingen die ik zie binnen de dagbehandelingsgroepen ernstige problematiek. Daar waar een kind vastloopt in het onderwijs of daar waar ouders vastlopen in de opvoeding van hun kind, is wat mij betreft al ernstige problematiek. Bij forse Autistische kinderen is het het meeste zichtbaar dat het ernstige problematiek is. Hetzelfde geldt voor kinderen met een verstandelijke beperking of een combinatie van een Autismespectrum stoornis en een verstandelijke beperking. Dit zijn ook wel kinderen die wij binnenkrijgen, maar die we over het algemeen niet zo lang in huis hebben omdat daar het alternatief veel beter voor is. Voor kinderen met een verstandelijke beperking zijn kinderdagcentra die zich specifiek richten op kinderen met een verstandelijke handicap.

Speelt bij jullie wel eens de vraag of er bij een kind werkelijk sprake is van psychiatrische problematiek of dat het gedrag voornamelijk voortkomt uit een verstoord gezinssysteem?
De twijfel over of er sprake is van interactieproblematiek of kindfactoren is iets wat er veel speelt. Dit is ook iets waar we tijdens de behandeling wel goed zicht op kunnen krijgen. In veel gevallen is het heel erg een interactie van die twee. Als je kijkt naar de visie van waaruit wij werken, is het ook zo dat pathologie bij kinderen vaak ontstaat in een gezinssysteem en dat er daarbij factoren in het kind een rol kunnen spelen. Maar er kunnen ook factoren buiten het kind een rol spelen bij het ontwikkelen van psychopathologie. De opvoeding die ouders zelf hebben gehad, eigen problematiek van ouders of externe factoren als armoede, laag sociaal-economische status kunnen daarbij een belangrijke rol spelen. Bij hele jonge kinderen is dit ook lastig uit elkaar te halen.
Je komt niet altijd bij alle kinderen uit op een DSM-IV diagnose. Bij kinderen waar interactieproblematiek een grote rol speelt is dat ook lastiger omdat je dan eigenlijk vrij snel uitkomt op een reactieve hechtingsstoornis. Dit is een forse diagnose, dus is ook nog lastig om bij hele jonge kinderen te stellen. Wat wij veel gebruiken is de DC: 0-3. Dat is specifiek toegespitst op jonge jeugd en daarin wordt de ouder-kindrelatie problematiek wat beter beschreven en kan je meer rechtdoen aan de jonge leeftijd van het kind. Je kan zowel ruimte hebben voor wat voor interactieproblematiek is en daarnaast voor de kindfactoren. De reden dat het goed is om interactieproblematiek ook op te schrijven, is dat het ouders soms ook kan helpen om beter naar hun kind te kijken. Je kan ouders uitleggen hoe ontwikkelingsproblematiek tot stand is gekomen mogelijk in relatie met interactieproblematiek. Daarbij kan je een goed beeld geven van dat het ook te maken kan hebben met een depressieve moeder die daar in de hele vroege kindertijd ook niet veel aan kon doen. Er zijn ouders die veel last hebben van hun eigen problemen en die daardoor niet toekomen om op een goede manier dat te doen wat voor een kind nodig is. Als je daar samen overeenstemming in kan bereiken, dan kan je daar ook iets aan gaan doen. Dat kan een reden zijn om daar diagnostisch iets in te doen. Voorwaarde om onderzoek te doen is dat er altijd een vraag vanuit ouders moet zijn van 'wat is er met ons kind aan de hand'. Als die vraag er niet is, zullen wij het onderzoek ook niet doen. Binnen onze groep hebben wij geen gestandaardiseerde behandelprotocollen, dus is diagnostiek ook

geen strikte voorwaarde om te bepalen wat voor behandeling er moet komen. Wat bij alle kinderen erg belangrijk is, is om te kijken naar wat er voor het kind werkt.

Op welke wijze wordt er behandeling geboden aan kinderen met (een vermoeden van) psychiatrische problematiek in de dagbehandelingsgroepen van Lindenhout?
We maken in de behandeling geen onderscheid tussen kinderen waarbij wel een diagnose is gesteld en bij kinderen waar dat niet het geval is. Vanaf de start gaan we met ouders en Bureau Jeugdzorg om tafel om helder te krijgen wat voor behandeling wenselijk is. Daar volgen een aantal doelen uit, zowel voor het kind als voor de opvoedingssituatie. Dit kunnen zowel behandelingsdoelen als beeldvormingsdoelen zijn om duidelijk te krijgen wat er precies aan de hand is. Gedurende de behandeling gaan we regelmatig in gesprek over deze doelen. Bij elk kind stellen wij een individueel behandelplan op met de doelen waar we aan willen werken. We hebben geen specifieke behandelprogramma's voor kinderen met gediagnosticeerde problematiek. De aanpak van kinderen met een diagnose is wel anders dan die van kinderen zonder diagnose. De diagnose heeft wel invloed op hoe je de behandeling vormgeeft. Wat leidend is, is dat je dat moet doen wat werkend is voor het kind. Bij een Autistisch kind zou je als doel kunnen hebben om beter te leren samenspelen met andere kinderen. Dit doel zou je ook kunnen hebben bij een kind met hechtingsproblematiek, maar dat vraagt een hele andere aanpak van groepsleiders. Bij een Autistisch kind zal je veel meer bezig zijn met het inslijpen van patronen van 'Dit is zoals je het doet, en dan kijk je iemand aan, en dan vraag je of je die auto mag'. Heel erg conditioneren van regels en niet op inzicht. Je stelt je verwachtingen bij. Bij kinderen met hechtingsproblematiek zit het veel meer in een hele sensitieve en responsieve aanpak en in het heel positief bekrachtigen en juist niet in het inslepen van regels. Diagnostiek helpt om je aanpak te bepalen. De kennis die we hebben van bepaalde problematiek, zetten we natuurlijk ook in in de behandeling. Zo is er ook voortdurend interactie tussen diagnostiek en behandeling. De behandeling is niet specifiek uitgesplitst in fasen als een observatie-, behandelings- en afrondingsfase. Bij bijna alle kinderen zijn er vragen over de beeldvorming, dus wat er aan de hand is.

Hoe is de beleving van de pedagogisch medewerkers, behandelcoördinatoren en gezinsbegeleiders met deze problematiek? Wordt er ook moeilijkheden ondervonden in de behandeling?
Pedagogisch medewerkers komen tijdens de behandeling wel eens met vragen. Ze weten vanuit hun opleiding ook best veel, de meeste mensen hebben een SPH- achtergrond en weten dus wel iets over pathologie. Met vragen gaan zij meestal naar de gedragswetenschapper. Deze vragen komen meestal in het afstemmingsoverleg dat wij hebben over het kind. En daarbij is het altijd wel erg gerelateerd aan de doelen van het kind. De vragen komen meer impliciet aan de orde, daar waar we lijnen voor behandeling samen uitzetten. En soms ook heel expliciet, van 'Hoe zit dat dan?' Ambulant hulpverleners hebben ook wel eens vragen over pathologie van ouders. Dan gaat het meer over de psychiatrische problematiek van ouders. Daar hebben we ook wel eens externe deskundigheidsbevordering voor ingezet, waarbij we iemand van de volwassen- GGZ iets hebben laten vertellen over psychopathologie bij ouders en de aanpak.

Merkt u wel eens dat de problematiek van een kind zo ernstig is, dat dit nadelig kan zijn voor het groepsklimaat en de behandeling van de andere kinderen? Welke interventies pleegt u dan?
Ja, dit gebeurt wel eens. Dit zien wij het meest bij kinderen met een laag cognitief niveau. Waar sprake is van een verstandelijke handicap of bijna een verstandelijke handicap, wordt het soms wel eens lastig omdat het groepsaanbod in principe is afgestemd op normaal begaafde kinderen. Hierbij hebben wel veel kinderen een ontwikkelingsachterstand. Juist omdat wij verticale groepen hebben is dit niet echt een probleem. Of een kind nu vier jaar is, of vijf jaar met een ontwikkelingsachterstand van twee jaar. Dan zijn die combinaties weer vrij gemakkelijk gemaakt. Waar problematiek echt ernstig is, of waar er sprake is van een totaal IQ van 60 of lager, vragen de kinderen weer zoveel individuele sturing. Dat zou betekenen dat het groepsaanbod wat je aanbiedt voortdurend aangepast moet worden aan dat individuele kind. Dat lukt op den duur niet meer. Het kind moet in zekere zin mee kunnen in dat wat de groep aanbiedt, waarbij we wel proberen ook zoveel mogelijk individuele doelen te stellen. Als het kind niet meekomt in het groepsaanbod door niveau of dermate ernstige pathologie dan moet er een andere plek gezocht worden. We hebben wel eens een jongentje gehad dat de hele dag huilde. Dat mag eventjes en dan kijk je wat je daarop kunt inzetten, maar op een gegeven moment kan dat niet meer. Uiteindelijk bleek dat daar zowel een Autistische stoornis als een verstandelijke beperking aan ten grondslag lag en dit kind hebben wij doorverwezen naar een KDC.

Bij welke problematiek ervaart u de overlap met de Jeugd-GGZ? En hoe gaat u hiermee om?
Bij ons speelt wel eens de vraag of wij voldoende kunnen bieden aan het kind of of het kind niet beter gebaat is bij GGZ- behandeling. Deze vraag speelt wanneer wij het kind niet behandeld krijgen. Dat is de belangrijkste indicator om te zeggen dat het kind ergens anders heen moet. Ook wanneer we het kind uiteindelijk niet geplaatst krijgen in het onderwijs en waarbij we denken dat zelfs cluster-onderwijs niet voldoende voor het kind is; dan verwijzen wij wel eens door naar de deeltijdbehandeling van Karakter. We hebben nog niet heel veel meegemaakt dat wij gedurende de behandeling zeggen da het kind beter af is bij de buren. Dat heeft deels te maken met dat we de samenwerking nog niet helemaal rond hebben. En deels met dat zij toch een oudere doelgroep behandelen. Dus dat is wel een combinatie van een aantal factoren. Bij sommige kinderen is de problematiek zo heftig en niet te hanteren in de groep, dat je denkt aan residentiële opname, ofwel in de Jeugdzorg of in de Jeugd-GGz.

Kunt u wat meer vertellen over het samenwerkingsverband met GGNet en Karakter?
Daar zijn we heel hard mee aan het werk al vanaf het begin van de Springplank. Het is lastig om het goed van de grond te krijgen. We hebben heel duidelijk vaste consultatieafspraken met de kinderpsychiater. Eerst was dit met de kinderpsychiater van Karakter, nu met de kinderpsychiater van GGNet. Dit loopt heel goed. We hebben maandelijks of 1x in de 6 weken een overleg waarin we het samen hebben over diagnostische vragen, of vragen rondom behandeling en medicatie. Dit samenwerkingsverband leidt ook vaak wel tot snelle doorverwijzing daar waar het nodig is. Soms komt een kinderpsychiater in de groep kijken om te kijken of het medicatietraject al gestart kan worden. Ouders hebben voordelen hierbij, omdat nu een stuk minder zijn. Binnenkort gaat er een kind overgeplaatst worden van de deeltijdbehandeling van Karakter naar één van onze dagbehandelingsgroepen. Karakter vindt het kind meer passend in onze dagbehandelingsgroepen vanwege de jonge leeftijd van het kind en omdat er sprake is van forse interactieproblematiek.
De standaard lijntjes liggen er eigenlijk nog onvoldoende en daar uit het samenwerkingsverband valt eigenlijk meer uit te halen. GGNet heeft wel een ouder- kindgroep en in het ervaringshuis van GGNet zijn wel behandelingsvormen voor ouders en jonge kinderen. Ik denk dat het mooi zou zijn als we daar nog meer expliciet de verbinding mee hebben. Daarnaast beter van elkaar weten wat we doen, wat we te bieden hebben en waar we gebruik van elkaar kunnen maken. Ik denk dat het wel ontwikkelingen zijn waar we meer mee kunnen. Daarnaast is Infant Mental Health in de kinderpsychiatrie erg in opmars en ik kan me voorstellen dat daar uiteindelijk ook weer ontwikkelingen van hier komen. Maar dat zij zich heel specifiek richten op de jonge jeugd, dat gebeurt nog niet zo heel vaak bij de GGZ- partners hier in het gebouw.
Het samenwerkingsverband is tot stand gekomen voordat ik hier kwam, dus ik weet niet precies de reden hiervan. Wel met als doel om te zorgen dat we het kind kunnen bieden wat het nodig heeft. En als dat binnen Lindenhout is, moet het daar en als dat binnen GGZ is, dan moet het daar. Toch wel om de schotten wat weg te halen, dus in die zin is het een hele goede ontwikkeling. Mogelijk om sneller door te verwijzen of om meer gebruik te maken van elkaars expertise zonder het heel expliciet door te verwijzen.

Karakter Apeldoorn heeft een deeltijdbehandeling op jullie locatie, ziet u verschillen in behandeling en problematiek met deze deeltijdbehandeling?
Het grootste verschil is dat zij zich op oudere jeugd richten. Verder ziet het er als groep vrijwel hetzelfde uit. Ik denk dat de behandeling binnen de GGZ wat meer geprotocolleerd is, maar ik weet niet of wat voor hun dagbehandeling ook zo geldt. Er is nog veel onbekendheid.

Welke verschillen in problematiek ziet u tussen de dagbehandelingsgroepen en de Jeugd-GGz?
Feitelijk is dat wat niet passend is binnen de Jeugdzorg GGZ- problematiek. De grens tussen Jeugdhulpverlening en Jeugd-GGz is dat er sprake moet zijn van psychiatrische problematiek binnen de Jeugd-GGZ. Elke DSM-IV classificatie is eigenlijk psychiatrische problematiek, maar deze grens wordt niet zo streng gehanteerd. Psychiatrische problematiek bij kinderen is ook absoluut geen contra-indicatie binnen onze dagbehandelingsgroepen.
Het is wel een interessante vraag, maar dan heb je het over financieringsstromen. En daarbij is het ook wel een hele historische discussie. Het MKD van vroeger viel eerst heel duidelijk onder de GGZ, waarbij er nu de keuze is gemaakt om dat onder de Jeugdzorg te laten vallen. Dat betekent dat er wel veel kennis en expertise zit vanuit een toch wel psychiatrische doelgroep en achtergrond. Waarbij ook

vaak een grote rol speelt dat we het ook nog echt niet weten wat er feitelijk voor problematiek is. Dit wordt soms ook pas op latere leeftijd duidelijk. In diagnostische zin zijn we hier ook voorzichtig in.
Of het kind in de Jeugdzorg of in de Jeugd-GGz terechtkomt is voornamelijk afhankelijk van Bureau Jeugdzorg. Voor de hele jonge kinderen blijft het aanbod beperkt binnen de GGZ. Een kind komt hier als er niet echt een alternatief is, dus als er een vraag is voor meer dan poliklinische behandeling. Er is wel meer aanbod dan poliklinische behandeling, maar het aanbod is ook niet heel groot. In ieder geval niet hier, binnen deze locatie voor hele jonge kinderen. GGZ heeft wat ouder- kindgroepen en ouderbegeleiding is natuurlijk iets wat veel wordt geïndiceerd. Op de ouder- kindgroepen speelt er veel interactieproblematiek, omdat je heel duidelijk de nadruk legt op de relatie tussen ouder en kind. Soms verwijzen wij wel door naar de GGZ. Op het moment dat wij ambulante hulpverlening inzetten en de vraag van ouders gaat heel nadrukkelijk over Autisme spectrumproblematiek en over hoe ouders daar het beste mee om kunnen gaan. Een heleboel van die vragen kunnen wij prima beantwoorden. Maar als die vragen blijven bestaan, is structurele ouderbegeleiding vanuit de GGZ wel meer passend. Psycho-educatie, maar ook versterking van pedagogische vaardigheden.
Binnen Lindenhout kijken we ook naar welke zorg eigenlijk AWBZ- gefinancierd zou moeten zijn. Hier zijn wij veel mee bezig. Bijvoorbeeld om AWBZ- gelden in de Jeugdzorg toe te kennen.

Wat zijn volgens u belangrijke verschillen in visie en werkwijze tussen de Jeugdhulpverlening en de Jeugd-GGZ?
Ik vind het wel lastig om hier iets over te zeggen, maar ik denk dat zij meer vanuit het medische model werken en wij minder. Zij diagnosticeren het kind en sluiten de behandeling daar helemaal op af. Wij kijken naar de hulpvraag van het kind, ook in de bredere zin. Wij kijken wellicht iets meer naar mogelijkheden en vragen. Daarbij kijken wij ook wel naar diagnostiek en werken wij in die zin ook wel beetje vanuit het medisch model, maar niet bij voorbaat.
Het oplossingsgerichte werken wordt steeds meer een belangrijke pijler van Lindenhout. Dat betekent eigenlijk dat het niet relevant is wat er met het kind aan de hand is, je kijkt eigenlijk alleen maar naar wat werkt voor het kind. Niet meer naar wat het probleem is en wat dat dus voor de behandeling betekent. Je kijkt naar het probleem wat ouders vertellen en je werkt daarna heel snel toe naar wat de meest wenselijke situatie is die ze zouden willen. Dus je gaat heel snel uit het probleem en heel snel naar de oplossing of naar de wens. Van daaruit kijken we wat we van die wens nu al een heel klein beetje zien, waarin we uitzonderingen op dat probleem zien en het vervolgens heel erg uitvergroten van die uitzonderingen. Maar het is niet zo dat onze behandeling hier helemaal om gaat. We richten ons ook op problemen en op wat wel/niet Autisme is, maar daarbij wat helpend is voor dat individuele kind. Daarnaast werken wij ook competentiegericht. Je gebruikt in het dagelijks werken met de kinderen elementen vanuit de gedragstherapie, bijvoorbeeld modeling en conditionering. Zaken als sensitiviteit en responsiviteit zijn ook gewoon erg belangrijk. We maken ook gebruik van het transactioneel ontwikkelingsmodel. Dit gaat er vanuit dat de ontwikkeling van het kind tot uiting komt in interactie tussen dat wat ouders doen, dat wat er in de omgeving is en dat wat er in het kind zelf aanwezig is. Deze gebieden zijn voortdurend met elkaar in interactie.

Herkennen u het volgende gegeven: de populatie van de dagbehandeling jonge kind in de Jeugdhulpverlening lijkt te zijn veranderd de afgelopen periode. Er komen steeds meer kinderen met psychiatrische problematiek binnen, waarbij er soms al een diagnose is gesteld.
We herkennen dit niet echt. Als je heel strikt zou kijken, klopt het dat het aantal kinderen dat gediagnosticeerd binnenkomt groter is geworden. Misschien dat de problematiek iets minder medisch georiënteerd is. Waar het MKD heel vroeger vooral voor zieke kinderen was, is dat nu eigenlijk niet zo heel erg meer aan de orde. In de loop van de jaren is het zich misschien wel meer gaan richten op kinderen met psychiatrische problematiek. Ikzelf heb niet het idee dat het de afgelopen twee jaar echt iets in veranderd is. Ik denk dat het eerder te maken heeft dat wij meer geleerd hebben over diagnostiek en dat een project als het Diane- project zich heel erg richt op vroegtijdige signalering van Autisme. Dit soort projecten zorgen er wel voor dat je meer kinderen met een DSM- diagnose binnenkrijgt. We houden ook niet bij wat voor kinderen we hebben, met wat voor problematiek ze binnenkomen en met wat voor problematiek ze de deur uit gaan. Dit maakt dat je vrij snel komt op een gevoel van ‘we hebben het gevoel dat het meer is’, maar heel hard kunnen we het niet maken.
Het samenwerkingsverband laat wel zien dat we te maken hebben met GGZ- problematiek.

Welke ondersteuning/begeleiding bieden jullie pm'ers in de behandeling van kinderen met ernstige problematiek waarbij er een diagnose is gesteld of een vermoeden is van psychiatrische problematiek?
Op het moment dat een kind 1-op-1 begeleiding nodig heeft, gaan we kijken of we dat kunnen organiseren. Hierbij loop je ook wel tegen beperkingen aan. We hebben hier geen kinderen die de hele behandeling 1-op-1 begeleiding nodig hebben. Uiteindelijk wil je ervoor zorgen dat dat minder nodig is. Wanneer deze vraag speelt, kom je ook in een stukje financiering. Want dat zou betekenen dat je extra personeel in moet zetten voor dat ene kind. Wat er dan moet gebeuren is dat we met de teamleider van de dagbehandeling om tafel moeten, om te kijken welke behandeling het kind of de ouders van ons vraagt en welke mogelijkheden hiervoor zijn.
We moeten dan kijken of we dat financieel zelf kunnen dragen of dat we dat ergens vandaan kunnen halen. Je moet dat wel doen met een bepaald plan; je kan niet zeggen dat het kind dat nodig heeft vanaf de start tot het einde van de behandeling. Wanneer dit wel het geval is, moet je kijken of dit wel de juiste plek voor het kind is. Het flex- budget is iets wat we wel eens inzetten bij oudere jeugd. Bij de dagbehandeling jonge jeugd heb ik dat nog niet vaak gebruikt. Het flex- budget van Bureau Jeugdzorg gericht op het moment dat de zorg die nodig is voor het kind niet voor handen is en je dan extra geld moet inzetten. Het kind moet op een plek waar dat minder passend is en waar extra geld nodig is. We hebben op dat punt gestaan bij één van de kinderen van de dagbehandeling, maar dat was meer een wachtlijstprobleem.

Heeft u ideeën of aanbevelingen hoe dagbehandelingsgroepen hun behandeling kunnen afstemmen op kinderen met een diagnose wanneer zij hier moeilijkheden in tegenkomen?
Ik denk dat de MKD's van oudsher een deskundigheid hebben om kinderen met psychiatrische problematiek te behandelen. Ik denk dat het de plek is waar kinderen vroeger ook terechtkwamen. Ik denk dat vastgestelde problematiek ook niet persé een contra hoeft te zijn. Daarbij denk ik dat je goed in beeld moet brengen; is de problematiek meer geworden of is het beter vastgesteld? Je moet vooral kijken naar wat de kinderen dan nodig hebben en of de jeugdzorggelden voldoende bieden daarin. Als je denkt dat dat niet zo is, moet je energie steken in het kijken of je het op een andere manier wel voor elkaar krijgt. En op wat voor plekken de Jeugd-GGz voor die hele jonge kinderen wel een passend alternatief heeft. Dan is natuurlijk ook prima om dat in te zetten.
Het blijft belangrijk dat er iemand is die veel verstand heeft van hele jonge kinderen en psychopathologie bij jonge kinderen. Er moet een passende vorm van deeltijdbehandeling op komen en of dat nu in de Jeugdzorg of in de Jeugd-GGz is, maakt dan ook niet zo veel uit. Ik denk dat het uiteindelijk beter terecht is binnen de Jeugd-GGz, omdat we nu eenmaal hebben afgesproken dat DSM- pathologie behandeld wordt binnen de Jeugd- GGz. Een hele nadrukkelijke samenwerking waarbij er voor een deel van de kinderen extra geld beschikbaar is, is ook een optie. Een samenwerkingsverband met Jeugd-GGz heeft uiteindelijk wel meerwaarde omdat je mogelijkheden dan toenemen. Of door AWBZ- gelden in de Jeugdzorg toe te kennen. In de toekomst kan ik mij ook wel een combinatie- groep voorstellen, met groepsleiding vanuit de Jeugd-GGz en een ander aandeel vanuit de Jeugdzorg.

Bijlage 9 Interview Karakter Arnhem

Hoe lang bent u werkzaam binnen Karakter Arnhem en welke functie(s) bekleedt u?
Ik ben acht jaar in dienst van Karakter. Sinds twee jaar ben ik teamleider en de zes jaren daarvoor heb ik op de deelkliniek gewerkt als pedagogisch medewerker. Als teamleider stuur ik drie teams van groepsleiding aan. Daarnaast ben ik voor een groot deel verantwoordelijk voor de bedrijfsvoering van de deeltijdkliniek. Dit houdt in de financiën, de budgetten, de begroting, de procesbeschrijvingen, het vervoer en de werving en selectie van personeel.

Wat is 't Oolgaardthuis en hoe verhouden de drie organisaties zich tot elkaar?
Het Oolgaardthuis is een centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie waarin drie instellingen vertegenwoordigd zitten. Dat is het Leo Kannerhuis, gespecialiseerd in zorg voor Autistische kinderen. Karakter Arnhem heeft een polikliniek en drie deeltijdklinieken en tot slot de Gelderse Roos, afdeling Jeugd. De Gelderse Roos heeft een polikliniek en daarnaast draaien zijn allerlei (preventie) groepen, zoals 'Brusjesgroepen'. Daarnaast zitten er allerlei hulpverleners die individuele cliënten behandelen. We zijn samengegaan in één gebouw, zodat de ouders één voordeur hebben. Stel dat zij eerst bij Karakter zijn en vervolgens bij de Gelderse Roos of andersom, dan hebben zij steeds dezelfde voordeur en dezelfde mensen. De bedoeling is om het laagdrempelig te maken om op de juiste plek terecht te komen. Daarbij is het ook laagdrempelig voor medewerkers om dingen kort te sluiten over patiënten. De samenwerking met de Gelderse Roos is aardig van de grond omdat wij doorverwijzen naar elkaar. Bij het Leo Kannerhuis is dat een beetje anders. Die heeft hier vooral kliniekgroepen zitten. Als kinderen daar eenmaal zitten, dan zitten ze daar. Daar zit de samenwerking meer in afspraken maken over hoe je met elkaar omgaat op het gemeenschappelijke plein en hoe je de ruimtes deelt hier. Zowel de Gelderse Roos en Karakter hebben een polikliniek hier. De aanmeldingen komen centraal binnen. Er is een aanmeldoverleg tussen de Gelderse Roos, Karakter en het Leo Kannerhuis en daar worden ze dan weer verder gestuurd. Hulpverleners kennen al heel lang de Gelderse Roos, dus die zetten op een aanmelding bijv. ook 'Gelderse Roos'. Alles wordt hier wel in één aanmeldcommissie besproken wie er wat gaat doen met het gezin.

Welke doelgroep wordt er behandeld binnen Karakter Arnhem en welke hulpvormen zijn er?
De doelgroep is kinderen en jeugdigen met psychiatrische problematiek of een vermoeden daarvan. Het zijn kinderen en gezinnen die vastlopen in het thuismilieu, maar ook vaak op school. Deze kinderen worden via de huisarts, kinderarts of via Bureau Jeugdzorg doorverwezen. We hebben heel veel hulpvormen. Er wordt gekeken met wat voor een vraag iemand binnenkomt. Als dat een vraag is om puur een diagnose te stellen, dan kan het zijn dat een kind en gezin alleen naar een kinder- en jeugdpsychiater gaat. Als het echt een vraag is voor behandeling, dan is het veel uitgebreider. We hebben ook de infants hier zitten, dat zijn de kinderen onder de vier jaar. Daar hebben we ook speciaal mensen voor opgeleid. Het is afhankelijk van de leeftijd en met voor vraag ze binnenkomen, welke hulp er vervolgens ingezet gaat worden. Soms is het alleen één onderzoek, soms is dat een deeltijdbehandeling en soms is het een langdurige behandeling. Het is op maat wat we aanbieden en afgestemd op de vraag van ouders.

Hoe verloopt het proces van aanmelding naar plaatsing van het kind bij de deeltijdkliniek?
Dat is in beweging. Eerder werd een kind aangemeld en werden er veel onderzoeken en gesprekken op los gelaten. Als we het allemaal zeker wisten, gingen we behandelen. Nu is het voortraject wat korter met als doelstelling dat we meer kinderen onder behandeling hebben. Een kind wordt aangemeld met een vermoeden van psychiatrische problematiek of met een observatievraag. Dan wordt er kinder- en jeugdpsychiatrisch onderzoek gedaan en vaak ook een psychologisch onderzoek, wanneer dat nog niet eerder gedaan is. Daarnaast wordt er nog een anamnese afgenomen door een gezinstherapeut. Vervolgens wordt het kind intern doorverwezen; of naar de deeltijdbehandeling of ze worden aangemeld bij iemand met wie ze tweewekelijkse gesprekken hebben. Wanneer een kind naar de deeltijdkliniek wordt verwezen, wordt het kind eerst intern op de wachtlijst gezet. Ouders krijgen een behandelovereenkomst; daar staat in wat we gezien hebben, wat we willen doen en met welke reden. Ouders moeten die ondertekenen en vervolgens maken ouders kennis op de deeltijd met

de gezinstherapeut en groepsleiding. Ouders moeten eindeloos veel formulieren invullen om het allemaal officieel te maken. Dan wordt een kind opgenomen.
Tijdens de behandeling is er een cyclus van besprekingen. Zo wordt er door een vaktherapeut een observatie uitgevoerd als het kind eenmaal op de deeltijd zit. De eerste twee maanden wordt er door de deeltijd een observatie gedaan en ook al wat gewerkt aan behandeling. Eens in de twee maanden wordt dit allemaal bij elkaar gelegd; zowel het psychologisch onderzoek, het persoonlijkheidsonderzoek als de logopedie wanneer dat geïndiceerd is, etc. Er wordt dan geëvalueerd hoe het allemaal gegaan is en bepaald wat er de komende tijd gaat gebeuren. Dat is een soort cyclus die steeds weer plaatsvindt en die steeds bijgesteld wordt. Als dan bereikt is wat we willen of duidelijk is wat we kunnen of niet kunnen, wordt er een einddatum gesteld. Er wordt dan een eindverslag gemaakt, de behandeling wordt afgesloten of overgedragen aan de volgende plek.
We zitten ongeveer op acht maanden behandelen. Gemiddeld staat een kind twee maanden op de wachtlijst en bij de polikliniek heeft het al de nodige onderzoeken gehad. Globaal duurt dit alles één jaar. De tendens is dat een kind al psychiatrisch onderzocht is voordat het kind geplaatst wordt op de deeltijdkliniek. Eerder werd een kind een keer gezien, moest heel lang wachten en vervolgens zat het op de deeltijd en moest er nog van alles gebeuren. Nu gebeurt alles poliklinisch, maar dat is vanaf 1 januari dit jaar ingevoerd, dus dat duurt even voordat we dat voor elkaar hebben.
Het hele voortraject gebeurt poliklinisch. Alleen de observatie op de groep en de observatie door een vaktherapeut gebeurt op de deeltijd. Mocht het op de deeltijd zo blijken dat er nog meer moet gebeuren, dan wordt dat ingepland. Vanuit een hypothese worden er van ter voren al onderzoeken gedaan die we nodig hebben om te behandelen. Dit is nog groeiende, want het heeft te maken met de financieringsstructuur; de DBC's en de zorgprogrammering. DBC's zijn Diagnose Behandel Combinaties. Hier werken we sinds drie jaar mee. Voorheen werd er gewoon wat gedaan; een kind was hier en je ging eens kijken wat er allemaal gedaan moest worden. Nu zeggen we: 'We vermoeden dit en dit, dus we zetten dat en dat in'. Een DBC is een combinatie van onderzoeken en behandelingen. Er zijn heel veel soorten DBC's die je kan inzetten. Bijvoorbeeld ADHD behandeling+ gezinsbehandeling. Dat is als het ware een pakket dat je inzet na het onderzoek wat je hebt gedaan. Dit zijn vaststaande pakketten. Deze structuur komt eigenlijk uit een ziekenhuis. Als iemand met een botbreuk komt, dan weet je wat er moet gebeuren. Ze willen er steeds meer naar toe dat we dat in de psychiatrie ook gaan doen. Alles is heel geprotocolleerd. DBC's hebben vooral te maken met hoe je het financiert, de zorgprogramma's hebben meer te maken met hoe het ingericht is.
Je doet niet altijd recht aan het vak dat je uitoefent, want het is nu eenmaal niet een gebroken knietje. Als er ingeschat wordt dat het een heel complex gezin is waar het kind vandaan komt, dan wordt er weer een ander DBC ingezet waarbij de behandeling van het systeem veel intensiever is. Dus dan heb je een soort pakketje als ADHD+ systeem+. De DBC's zijn per instelling ingericht, dus die verschillen per instelling. De zorgprogramma's zijn nog in ontwikkeling.

Wat zijn indicaties en contra-indicaties voor plaatsing binnen de deeltijdkliniek van Karakter?
Indicaties:

- Er is sprake van psychiatrische problematiek of een sterk vermoeden daarvan.
- Het kind moet vastlopen in één of meerdere milieus. School is vaak een plek waar een kind in de groep uit gaat vallen. Maar het gezin speelt ook een rol.
- Er mag er geen verslavingsproblematiek zijn thuis. Dit zou je onder de noemer kunnen stoppen dat een gezin mee behandeld moet kunnen worden.
-

Contra-indicaties:

- Kinderen met heel erg acting- out gedrag of agressie- problematiek. We hebben geen separeerruimte of opsluitruimte en dat willen wij ook niet.
- Kinderen met een IQ lager dan 85. Dit vraagt toch heel iets anders dan kinderen die normaal begaafd zijn.
- Voor ons is heel belangrijk dat het gezin mee kan en dat het klimaat in principe op orde is. Want anders ga je dingen van ouders verwachten die ze niet in huis hebben. Je vraagt toch best wel veel van ouders; alles is er eigenlijk op gericht dat zij het weer over kunnen nemen na een paar maanden. Als je dan hele zwakke ouders hebt, dan gaat dat meestal niet lukken.

Kinderen met ODD of forse hechtingsproblematiek en acting-out gedrag gaan helaas vaak toch richting kliniek. Daar hebben zij veel meer mogelijkheden om consequenties te stellen als er

bijvoorbeeld sprake is van agressie. Ze slippen er altijd wel tussendoor, dan hebben we ze hier en dan ontwricht vaak totaal de hele groep. Alle groepsleiding is hier opgeleid om kinderen wel vast te kunnen houden: CFB. Dus als kinderen echt agressief worden, dingen kapot maken, of zichzelf wat aan doen, kan je ze vasthouden zonder ze pijn te doen of schade aan te richten. Daar heb je twee mensen per kind voor nodig. Er staan twee mensen op een groep voor twee kinderen. We hebben een jongentje gehad dat is doorgeplaatst naar Ede, omdat hij elke dag vastgehouden moest worden. Dan moet je een extra personeelslid aannemen. Plus dat het gewoon heel bedreigend is, want er zijn ook kinderen met angststoornissen, die daar natuurlijk helemaal niets van snappen. Deze kinderen hebben ook de veiligheid van groepsleiding nodig en een duidelijke structuur. Het heeft er bij kinderen vaak ook mee te maken dat ze veel moeten schakelen. Dat zijn moeilijke momenten waarop ze er dan uit vliegen. In een klinieksituatie is dat anders. Je hebt dan één plek waarbij school zelfs geïntegreerd is. Je voorkomt dan dat het kind steeds moet schakelen. Er kan heel goed één lijn worden getrokken en dat zijn vaak dingen die nodig zijn bij echt acting- out gedrag. Soms komt het gedrag ook voort uit angsten. Dan kan je medicatie geven en wordt het kind heel snel rustig en kun je een hem toch houden. In de praktijk worden ze vaak doorverwezen naar een kliniek.
Stel dat ouders het niet aankunnen, dan moet je je af gaan vragen of het wel psychiatrie is. Als heel duidelijk is dat het psychiatrie is en je hebt zwakke ouders, dan kom je toch heel vaak op een kliniekopname uit. Het vraagt gewoon veel van ouders om zo'n kind te hebben en als ouders dat niet in huis hebben, dan doe je een kind wat aan om het thuis te laten wonen. Dat is even heel gechargeerd gezegd natuurlijk, in elk gezin zitten weer zijn nuances. Als wij hier kinderen hebben en wij komen met ouders gewoon geen steek verder, dan kom je met het kind ook geen steek verder. Dan ga je toch snel doorverwijzen. Ook bij de polikliniek wordt er best veel van ouders gevraagd. Blijkt het niet zozeer in het kind te zitten maar in de ouders, dan komen ze niet bij ons terecht. Het is dan namelijk geen psychiatrie, maar Jeugdzorg. Daar krijg je met pedagogische ondersteuning te maken, een gezinsvoogd en dat soort zaken. Dit soort dingen sluit je toch uit in het voortraject.
In Ede is er een heel specifieke deeltijdbehandeling voor kinderen met psychiatrische problematiek en een licht verstandelijke handicap. Daar wordt alles nog veel overzichtelijker en rustiger aangeboden, in kleinere groepjes en met veel meer herhaling dan hier.

Vanuit welke visie en/of modellen wordt er gewerkt binnen Karakter?
We zijn bezig met een omslag naar het werken vanuit het competentiemodel. Op dit moment wordt iedereen van Karakter getraind om volgens dit model te kunnen werken. Het competentiemodel werkt vanuit wat een patiënt en een patiënt- systeem wel kan. Dit ga je versterken. Je gaat een afweging maken van 'wat zijn factoren die zorgen dat het gaat lukken, wat zijn factoren die zorgen dat het niet lukt en wat gaan we versterken?' Het gaat uit van wat er in competentie aanwezig is, om het vervolgens de versterken. In plaats van 'wat is er ziek en hoe maken we dat beter'. Hier zijn we in de praktijk al veel langer meer bezig. Heel vroeger was het zo: 'Gooi er maar medicatie in, dan zien we wel of het beter gaat en zo niet, dan sluiten we ze op ofzo', even heel kort door de bocht gezegd. Dat je ervan uit gaat dat je het hele systeem om het kind moet versterken, is natuurlijk ook een voorloper van het competentiemodel. Wij merken als afdeling dat je eigenlijk al heel erg bezig was op die manier. Voorheen werkten we veel meer met het beïnvloeden van de gedragskant, zoals cognitieve therapie en psychotherapie. De vraag moet eerst zijn 'Hoe verbeteren we het' en vervolgens 'Wat zetten we ervoor in'. Bij het ene kind is dat een paar therapiesessies en bij de ander ga je met medicatie werken. Het is heel vraaggericht, maar de blik van waaruit je kijkt is steeds meer gericht op de competenties die er al in zitten.

Hoe verloopt het diagnostisch proces van het jonge kind met een vermoeden van psychiatrische problematiek?
Er zijn erg veel testen ontwikkelt, bij elke leeftijd wat. Karakter doet ook specifiek het infantstep, wat echt hele kleintjes zijn. Hier zijn ook specifieke testen voor ontwikkeld. Mensen zijn er echt in getraind om die af te kunnen nemen. Er wordt gekeken naar de leeftijd van het kind en van daaruit een keuze gemaakt voor wat we in gaan zetten. Dat is altijd een psychiatrisch onderzoek. Daarnaast zijn er psychologen die testen afnemen. En wordt altijd met het systeem gekeken. Bijvoorbeeld de anamnese; 'hoe is de zwangerschap verlopen, hoe is het vanaf de zwangerschap tot nu verlopen, wat zijn daar voor factoren in te herkennen.' Dit zijn de belangrijkste onderzoeken die ingezet worden. Wij krijgen wel eens kinderen die eerst op een MKD hebben gezeten. Vervolgens worden zij zes of zeven jaar oud en kunnen ze daar niet meer behandeld worden, waardoor ze hier komen. Leeftijd speelt vooral een rol in waar een kind behandeld wordt. Het kan zo zijn dat een kind op een MKD zit en bij de

polikliniek aangemeld wordt, omdat de problematiek van het kind voor het MKD te zwaar is. De polikliniek kan dan onderzoek doen om te kijken of er echt iets aan de hand is waardoor het kind niet op zijn plek is op het MKD. Ik denk dat zo'n onderzoek alleen maar plaatsvindt wanneer het MKD vastloopt.

Wat zijn veelvoorkomende psychiatrische stoornissen bij jonge kinderen welke behandeld worden in de deeltijdkliniek?
Dat is heel divers. Dat zit vaak in het kader van de kinder- en jeugdpsychiatrische stoornissen als ADHD, PDD-NOS, Gilles de la Tourette en hechtingsstoornissen.

Hoe wordt de behandeling van jonge kinderen met psychiatrische problematiek vormgegeven?
Er zijn heel veel behandelmogelijkheden. Officieel kunnen kinderen vanaf vier jaar op de deeltijd komen, maar in de praktijk is dit toch zes jaar en heel af en toe een kind van eind vijf. Er is sprake van dat er een infantgroep ontwikkelt gaat worden hier. Maar vooralsnog doen wij de behandeling van hele jonge kinderen in samenwerking met Nijmegen, want die heeft alle middelen in huis. Er is daar een hele specifieke infant- polikliniek en deeltijdbehandeling. De behandeling hier in de deeltijd is heel erg afgestemd op waar een kind mee binnenkomt. Voor het ene kind zal dit zijn om een duidelijke dagstructuur te krijgen en ritme aan te brengen in het leven. Voor sommige kinderen zal het ook een stukje inzicht zijn in "wat heb ik". Voor weer anderen zal dit zijn om wat meer controle te krijgen en ga je heel simpel met stoplichtjes werken van "groen= rustig, rood= boos" en alles wat er tussen zit ga je langzaamaan ontwikkelen. Het is maar net waar kinderen mee binnenkomen. Er wordt voor elk kind een plan van aanpak gemaakt op de groep en daar wordt gekeken wat bij de leerstijl van het kind past, wat bij zijn of haar mogelijkheden past en bij de interesses van het kind. Bij een kind dat vreselijk veel van buiten bewegen en voetballen houdt, ga je weer wat anders inzetten dan bij een kind dat erg van knutselen houdt. Er wordt gekeken naar wat het kind het meeste aanspreekt en vervolgens naar wat we in huis hebben en wat we inzetten. Alle kinderen krijgen hier een Ik- boek. Dat is een boek waarbij je kijkt naar 'wie ben ik, wat kan ik, hoe zie ik eruit en wat heb ik'. Daar werkt een kind de hele behandeling in en is ook een echt behandelmiddel.
De groep wordt heel veel als behandelmiddel ingezet om van elkaar te leren, bijvoorbeeld bij 'wat is goed en wat is niet goed'. Daarnaast hebben wij de therapeuten, therapeuten voor Psychomotorische Therapie, een creatief therapeut en een gedragstherapeut. In het multidisciplinaire team wordt er bepaald wat het kind nodig heeft, wat bij het kind past en wat we gaan inzetten. De doelen die je stelt in de behandeling stem je af op wat er nodig is voor het kind. Dat kan zijn; zelfcontrole, zelfbeheersing, leren samenspelen, leren alleen spelen, inzicht in wat je hebt en een stukje psycho-educatie. Het is vaak een combinatie van 'hoe gedraag je je, weten wat je hebt en daar zelf rekening mee kunnen houden'. Een heel groot deel van de kinderen die uitbehandeld is gaat gewoon terug naar huis en houdt een vorm van ambulante hulpverlening. Bijvoorbeeld gezinsgesprekken of een vorm van therapie. Kinderen blijven soms ook een tijdje bij een therapeut hangen die ze gewend zijn vanuit de deeltijd. De therapeut gaat dan poliklinisch werken zodat de kinderen dezelfde boodschap krijgen. Het komt wel redelijk veel voor dat kinderen van school veranderen, dus dat ze in het gewone onderwijs zaten en uiteindelijk toch in het speciaal onderwijs terechtkomen. Dit omdat ze vaak overvraagd worden in het gewone onderwijs. Daar zitten ze op de goede plek, ouders hebben vaak handvatten en dan kunnen ze weer verder thuis. Bureau Jeugdzorg houdt ze dan wel in de gaten. Ze hebben dan korte lijnen om eventueel een ander vorm van hulp te krijgen. Soms worden kinderen ook naar een kliniek verwezen, maar dat is gelukkig de minderheid. In de praktijk blijven kinderen toch wel afhankelijk van enige vorm van zorg, maar dat kan dus ook de goede school zijn bijvoorbeeld. Het is zo ingericht (maar het werkt nog niet helemaal zo) dat als kinderen in het circuit terechtkomen, ze één persoon hebben die alles voor ze coördineert. Je kan dan wel jaren in de wachtstand staan, maar het is de bedoeling dat Bureau Jeugdzorg een soort van gezinscoach stuurt. Als ze bij ons uitbehandeld zijn, dan is dat degene die bepaald wat er dan moet gebeuren.

Wanneer wordt medicatie ingezet en welke leeftijdsgrens wordt hierbij gehanteerd?
Wij nemen kinderen op vanaf vier of vijf jaar. Vanaf die leeftijd kan medicatie ook ingezet worden. Het wordt vaak gedaan wanneer er wordt ingeschat dat er bij het kind teveel in de weg staat, waardoor het leerproces bedreigd wordt. Er wordt dan vaak medicatie ingezet zo van 'dan is dat eventjes klaar' en dan kan een kind leren. Dat ben je natuurlijk aan het doen; ontwikkelen en leren. Als problemen zo groot zijn dat dat gewoon niet lukt, dan wordt er vaak tijdig medicatie ingezet. Er is dan aan die voorwaarde voldaan, dan heeft een kind concentratie en gaat een kind positieve ervaringen opdoen.

Zodra een kind een beetje in die beweging zit, wordt het wel weer afgebouwd als het kan. Er wordt heel erg naar het belang van het kind gekeken. “Hoe erg staan de gedragsproblemen hem in de weg om te ontwikkelen?” En wanneer dat zo erg is dat het bedreigend is voor de ontwikkeling, dan wordt er in overleg met ouders medicatie ingezet. Ik denk dat er bij ongeveer 30% van de patiënten in de deeltijdkliniek medicatie wordt ingezet. Het zijn vaak de ADHD’ers die Ritalin krijgen. Kinderen gaan zich vaak heel erg overschreeuwen als zij angstig zijn. Ze laten de angst niet zien, maar er komt juist veel oppositioneel gedrag en druk gedrag. Dus angstremmers en ADHD- medicatie wordt vaak ingezet. Voor sommige kinderen ook slaappillen.

Kunt u een schatting geven van de verhouding tussen verwijzing vanuit de huisarts en verwijzing vanuit Bureau Jeugdzorg? Bij welke problematiek of in welke situatie wordt er vaak direct doorverwezen vanuit de huisarts?
Dat weet ik eerlijk gezegd niet. In principe werkt het zo dat de huisarts ook eerst naar Bureau Jeugdzorg doorverwijst en dat daar weer gekeken wordt; ‘is dit pedagogische problematiek of zit er meer achter?’ Als een huisarts ziet dat het heel duidelijk is dat het met psychiatrie te maken heeft, wordt er wellicht meer rechtstreeks doorverwezen. Het is ook afhankelijk of een huisarts ons goed kent. Dat is een samenspel van personen en bekendheid. Als een huisarts bijvoorbeeld al een kind in behandeling heeft wat hier ervaring heeft, merk je dat ze sneller doorverwijzen. Dan weten ze wie we zijn en wat we doen. Maar al kennen ze ons helemaal niet, dan gaat het uiteindelijk toch via Bureau Jeugdzorg die alle zorg coördineert.

Wanneer spreekt Karakter van ernstige problematiek? Welke richtlijnen worden hierbij gehanteerd?
Dan zou je de DSM erbij moeten halen, want dat weet ik niet uit mijn hoofd. De psychiater bepaald dat. In de DSM heb je een hele opsomming; ‘als het aan 3 voldoet is het licht, als het aan 5 voldoet is het zwaar’. Maar die norm weet ik niet uit mijn hoofd. Het is afhankelijk van in hoeveel assen van de DSM er wat aan de hand is. De zwaarte van de problematiek binnen een instelling kan per plaats verschillen. Ik zou die vraag anders beantwoorden in Amsterdam als in Groningen. Het is wel duidelijk dat er meer kinderen uitvallen en dat het ook sneller herkend wordt. Of dat aan de kinderen ligt of aan de maatschappij. Ik vind het niet per definitie aan de kinderen liggen. De maatschappij gaat gewoon sneller en harder en je valt sneller uit als je dat niet bij kunt houden. Een deel van die kinderen komt dan hierheen uiteindelijk. Vooral op de polikliniek zien wij een stijging in het aantal aanmeldingen. We hebben in Doetinchem een locatie deeltijd geopend en die is ook gewoon vol. Daar was duidelijk nog een hele grote behoefte in de achterhoek. Maar hier is er in principe niet heel veel veranderd in de deeltijdkliniek. Als je kijkt naar de agressie, dan denk ik dat de Jeugdhulpverlening het ook echt niet makkelijk heeft op dit moment. Het kan voor een kind behoorlijk heftig zijn om psychiatrische problemen te hebben, maar het is een ander soort heftigheid dan de maatschappij bijvoorbeeld ervaart bij kinderen met agressie- problematiek. Kinderen die de hele boel lopen de molesteren en elkaar dingen aandoen, dat is behoorlijk zware problematiek. Maar kinderen die meer inslikken en waar het in het hoofd allemaal niet goed gaat, dat is net zo goed zware problematiek maar daar heeft de samenleving minder last van. Het is maar net wat je zwaar noemt.
Ik denk dat er nog behoorlijk veel naar de buitenkant van een kind wordt gekeken; dus wat zien we aan het gedrag. Als je vroegtijdig wat met problemen gaat doen, zal het voor de kinderen minder nodig zijn om er een gekkenhuis van te maken. Terwijl kinderen eigenlijk pas dán geholpen gaan worden. Dan komen ze toch vaak in de Jeugdhulpverlening terecht, waar ze ook meer mogelijkheden hebben om kinderen op te sluiten, zelfs in gevangenissen. Terwijl als je al vroegtijdiger er wat mee zou doen, dan raakt het kind minder beschadigd en de maatschappij bij wijze van spreken ook. Dat vroegtijdig onderkennen is natuurlijk niet makkelijk. Ik denk dat het in die zin voor heel veel kinderen goed zou zijn als ze in eerdere instantie in de psychiatrie terecht zouden komen, waarbij er dus betere afstemming is op wat ze nodig hebben en waar het mis gaat. En als het te lang misgaat dan, dan is dat al bij wijze van spreken een beetje te laat. Eerder doorverwijzen is daarin goed.

Op welke wijze wordt het systeem betrokken bij de behandeling van het kind?
Het systeem wordt natuurlijk verstoord als je een kind met psychiatrische problematiek in je midden hebt. Het is niet automatisch zo dat er ook een probleem in een gezin is. Vaak is de praktijk wel zo dat het gezin wat ontwricht is en dat je daar dus ook iets mee moet. We gaan ervan uit dat een kind functioneert in samenhang met zijn omgeving. De visie is dat je in alle milieus waar het kind zich bevindt gaat kijken wat je kan doen om het ook daar te versterken, zodat zij dit kind beter kunnen helpen. Het is een samenspel van de ouders en de school begeleiden, het kind helpen, onderzoeken

doen en medicatie. Er wordt op allerlei gebieden wat gedaan om het geheel te versterken. In Nijmegen heeft een infantgroep gedraaid, die momenteel nog draait. Kinderen van drie of vier jaar ga je niet elke dag uit het systeem halen en een hele dag ergens anders behandelen. Daar heb je de ouders voor nodig. In die groep worden ouders en kind samen opgenomen in de groep. Dit blijkt heel ingrijpend te zijn in het leven van mensen, mensen hebben vaak een baan etc. Hierdoor is het heel hoogdrempelig, waardoor ze de groep bijna niet vol kregen. Terwijl het idee natuurlijk heel mooi is, dat je ouders en kind samen in behandeling neemt en je daar al heel snel de kindfactoren en de gezinsfactoren kan herkennen. Ik denk eerlijk gezegd dat het heel erg met de bekendheid te maken heeft, waar een kind naar toe gaat. En praktisch gezien; 'waar woon je en wat zit er in de buurt?'
Voor dit jaar hebben wij op de planning staan om de bekendheid te geven aan wat doen wij en voor wie we zijn. Ik denk dat door ook een groot probleem zit in hulpverleningsland. Je hebt een sociale kaart die zo snel veranderd; dat is voor mensen niet meer bij te houden. Mensen zijn dan toch hun eigen ding aan het doen en dat is wel een valkuil. Ik denk dat er ook niemand heel goed overzicht heeft van 'wat is er nu precies voor wie'.

Werken jullie samen met de Jeugdhulpverlening en op welke wijze stellen jullie je expertise beschikbaar?
We werken steeds meer samen met de Jeugdhulpverlening. Wanneer je het hebt over expertise beschikbaar stellen zijn het meer de psychiaters die gedetacheerd worden, die uitgeleend worden voor een paar uurtjes in de week. In Doetinchem komt toevallig meer van de grond. Daar zit een psychiater één keer in de week in het Slingeland, het ziekenhuis. Zodat kinderartsen daar ook tegen ouders kunnen zeggen; 'dan is het consult en ga dan even naar de kinder- en jeugdpsychiater'. Het is nu vooral in de vorm van een psychiater. We gaan onszelf de komende tijd meer bekend maken en je merkt dat bij andere instellingen ook. Duidelijk maken "wie zijn we, wat doen we en wat kunnen we voor elkaar betekenen". We komen er ook achter dat dit iets is wat meer moet.
De samenwerking wordt steeds meer opgezocht. Als voorbeeld had ik een paar maanden geleden een afspraak met Lindenhout. Die zit in Arnhem en heeft ook een soort deeltijdbehandeling, Boddaert etc. Ik zat met de teamleider van Lindenhout te praten en het blijkt dat zij een paar keer verschrikkelijk met hun handen in het haar hebben gezeten met kinderen waarvan ze niet wisten waar het naartoe moest. Waarvan ik dan denk: Die hadden direct hierheen gemoeten en die hebben zij veel te lang moeten houden daar. Waardoor zij dan weer ontwricht raakten. Zij weten dus eigenlijk niet dat wij bestaan en andersom. Daar zit zeker een heel groot probleem in hulpverleningsland; de bekendheid, bereikbaarheid en de vindbaarheid van instellingen. Met Lindenhout zijn wij bezig dat als een kind hier uitbehandeld is, een structuur heeft en de handvatten voor ouders zijn duidelijk, het mogelijk daarnaar toe kan stromen. Een kind hoeft hier dan eigenlijk niet te blijven. Het kind zou dan prima naar bijvoorbeeld Lindenhout kunnen, wat dan weer meer een gewone dagbehandeling is. Die samenwerking wordt wel steeds meer opgezocht. Maar daar ligt nog een enorm gat. De reden dat de samenwerking steeds meer opgezocht wordt is dat het belang van de patiënt en van jezelf steeds meer wordt ingezien. Je hebt soms kinderen in huis waarvan je denkt dat het hier niet hoort en waarvan je niet weet waar het naartoe moet. We hebben zelf belangen om de sociale kaart beter te kennen en daarbij ook inhoudelijk. Je hebt bij het zoeken van een goede plek voor een patiënt wat kennis nodig. Het behandelen moet hier allemaal nog korter en efficiënter, dus je moet sneller wat met kinderen die je hier hebt zitten. Eerder was het zo dat een kind hier soms wel twee jaar bleef hangen omdat het gewoon goed ging. De echte behandeldoelen kreeg je niet meer verkocht, bijvoorbeeld wat je nu precies aan het doen was met het kind. Voor het kind en het gezin was het heel fijn, maar de bedoeling nu is gewoon sneller, inzichtelijker en doelgerichter te behandelen.
Het is voor kinderen waar het niet goed mee gaat in een gezin heel belangrijk dat er hulp is, voor het systeem en voor het kind. Ik denk dat een MKD daar ook ontzettend veel in kan doen en wij ook. Ik denk dat er af en toe een kind bij ons zit dat net zo goed bij jullie zou kunnen zitten en andersom. Het mooiste is dat de hulp heel goed aansluit bij wat er nodig is. Dit is soms ook moeilijk te onderkennen als een kind drie, vier of vijf jaar oud is. Het kristalliseert zich vaak ook uit in de loop der tijd. Het is zeker aandachtspunt dat als ze op een MKD heel erg Autistische kenmerken bij een kind herkennen, dat ze ons weten te vinden en andersom. Dat gaat echt een aandachtspunt zijn de komende jaren.

Herkend u de overlap in problematiek tussen de Jeugdhulpverlening en de Jeugd-GGZ als het gaat om jonge kinderen met (een vermoeden van) psychiatrische problematiek?
Ja, dit herken ik wel. Gezinnen die vastlopen met hun kinderen zoeken een vorm van steun. Ik denk dat ze op het MKD ook ongelofelijk veel kunnen bieden. Of een kind ADHD heeft, of dat het kind

gewoon bijzonder druk en lastig is, of ouders vinden het heel moeilijk om om te gaan met het kind; hulp is er nodig. Ouders moeten leren hoe ze een duidelijke structuur en dagprogramma voor het kind kunnen neerzetten, dingen duidelijk voorbespreken en hoe ze bijvoorbeeld picto's kunnen gebruiken. Of wij dat nu doen of dat een MKD dat vertelt; die behoefte moet vervuld worden.
Leeftijd is een belangrijke factor of een kind geplaatst wordt in een MKD of binnen Karakter. Daarnaast denk ik dat bekendheid een rol speelt. Ik denk ook aan een praktisch stukje. We zitten nu sinds vorig jaar in Doetinchem, daar zaten we voorheen niet. Die kinderen gingen dus eerder naar een MKD, dan naar ons. Dit omdat je niet vanuit Doetinchem hiernaar toe gaat reizen. Ik denk dat er kinderen op een MKD zitten die net zo goed hier zouden kunnen zitten. Dit heeft naar mijn idee toch een beetje met bekendheid te maken en inderdaad met leeftijd. Ook de ernst van de problematiek speelt hierin een rol.

Wat kan de meerwaarde zijn van een behandeling in de Jeugd-GGZ ten opzichte van een dagbehandeling 0-7 jaar? En wat kan een meerwaarde zijn voor behandeling in een dagbehandeling 0-7 jaar in de JHV t.o.v. de Jeugd-GGz?
Ik denk dat de behandeling in de Jeugd-GGz meer afgestemd is op het kind. Je kan bijvoorbeeld keihard elke dag weer hetzelfde om te oren krijgen, maar als het kwartje niet valt omdat je een ander probleem hebt, dan kan je lang doorgaan voordat er iets bereikt wordt. Vaak loopt een kind alleen maar trauma's op. Binnen de Jeugd-GGz is de benadering afgestemd op de psychiatrische problematiek. Daarbij moet je ook je verwachtingen ten aanzien van het kind laag houden. Ik denk dat je het hier wel goed zou kunnen hebben als je geen psychiatrische problematiek hebt, maar het is natuurlijk zonde om er een plek mee te vullen. Er zijn zat kinderen waarmee er wel wat aan de hand is. Er zijn veel kinderen die het dagelijks nog nodig hebben om structuur aangeboden te krijgen en duidelijkheid. Als een kind hier weet wat er met hem is en ingesteld zit op goede medicatie, dan hoeft een kind niet heel specifiek behandeld te worden in de psychiatrie. Vooral als duidelijk is dat er routine moet zijn en dat soort zaken, kan een kind in een andere setting prima zitten. Ik zie het dan meer als onderhoudend dan als behandeling.

Bureau Jeugdzorg geeft aan dat niet elk kind met psychiatrische problematiek een psychiatrische aanpak nodig heeft. Wanneer is dit wel het geval en waarin verschilt deze psychiatrische aanpak van een orthopedagogische aanpak?
Die inschatting wordt natuurlijk al voor ons gemaakt. Kinderen worden hier aangemeld als er vermoedens zijn dat het niet alleen maar om pedagogische of orthopedagogische problematiek gaat. Het hangt erg af van wat ouders kunnen bieden. Er zijn Autistische kinderen die thuis wonen en dit gaat prima. Het ligt dus ook aan de gezinssituatie. Ik denk dat er kinderen met psychiatrische problematiek zijn die geen hulp nodig hebben omdat de gezinssituatie erg sterk is. Deze psychiatrische aanpak is wel nodig wanneer ouders minder competent zijn of hierin vastlopen, of als het kind op school vastloopt. Op school heb je overigens soms ook hele competente leerkrachten. Als een kind op een dorpschooltje zit bij een leraar die gewoon ongelofelijk goed weet om te gaan met een kind dat afgeleid is en druk, dan kan een kind nog heel lang mee daar. Het ligt dus ook aan op wat voor school het kind zit en hoe de situatie daar is.
Het grote verschil tussen deze twee aanpakken is dat hier een psychiater een heel belangrijk onderdeel uitmaakt van een multidisciplinair team. Hij kijkt vanuit die bril naar de problematiek en ook vanuit die bril zal hij zeggen hoe je het moet aanpakken en hoe je rekening moet houden met deze stoornis. Er wordt veel meer een vertaalslag gemaakt; wat betekent psychiatrische problematiek voor het gedrag van een kind en voor de leerbaarheid van een kind. Alle groepsleiding krijgt een 8-daagse interne training als ze hier komen werken. Er is een dag die bijvoorbeeld helemaal over PDD gaat; wat betekent PDD voor het gedrag en wat betekent het voor de leerbaarheid. Dus dat is toch vooral de bril die wij op hebben; dat we vanuit die stoornis kunnen kijken naar het gedrag en de ontwikkelmogelijkheden. De psychiater is verantwoordelijk voor de inhoud van de behandeling. Dat is het grote verschil tussen de orthopedagogiek en de psychiatrie.
Het stuk psychopathologie is ook een erg belangrijke hier, dus uitleg 'waarom laat jij dit gedrag zien, hoe komt dat en wat kunnen we daarmee'. In een orthopedagogische setting benader je toch meer gedragsmatig, met belonen en straffen en dat soort zaken. Terwijl hier echt een dimensie erbij komt kijken, en dat is het stukje stoornis en medicatie uiteraard.

Heeft u ideeën of aanbevelingen hoe de JHV indien nodig haar behandelaanbod kan aanpassen aan kinderen met psychiatrische en/of ernstige problematiek?
Ik denk dat dat het stukje psychiatrische expertise is. Ik denk dat het heel belangrijk is dat de Jeugdhulpverlening en de Jeugd-GGz elkaar wat beter leren kennen en de expertise van elkaar weten te vinden. We hebben ook prima groepsleiding die een dagje op een andere groep mee zouden kunnen kijken om wat tips en adviezen te geven. Ik denk dat het een stukje kennis is wat een rol speelt. Ik zou niet kunnen zeggen; 'zet die en die behandeling in en dan gaat het beter'. Bij sommige kinderen is het al zover gevorderd dat je een soort drill/ Glenn Mills in moet zetten. Dus vroegtijdige onderkenning is een lastig gebied, maar wel erg belangrijk. Daarnaast denk ik dat samenwerking een hele belangrijke wordt, wat meer van elkaar kunnen leren. De Jeugdhulpverlening heeft het vaak ook zwaarder hoor met meer kinderen. Wij hebben zeven kinderen en twee groepsleiding.

Bijlage 10 Interview Trias Jeugdhulp

Hoe lang bent u werkzaam binnen Trias Jeugdzorg en welke functie(s) bekleedt u?
Ik ben orthopedagoog en ik ben verantwoordelijk voor het gehele behandelproces van het kind. Ook geef ik begeleiding aan de pedagogisch medewerkers. Om dit te kunnen geven ben ik veel in het team aanwezig. Een belangrijk onderdeel van mijn functie is contact met de ouders en vooral als het gaat om diagnostiek. De kinderen komen binnen via Bureau Jeugdzorg met een vermoeden van een problematiek. In sommige gevallen neemt de maatschappelijk werker een anamnese af om duidelijk te krijgen over de ontwikkeling van het kind. Aan de hand van de informatie die hier uit komt stel ik een onderzoeksvraag op. Het rapport wordt naar het RIAGG verstuurd of naar Karakter. Bureau Jeugdzorg Overijssel doet vrij weinig onderzoek naar de problematiek van kinderen. Zij kijken naar wat ouders vragen en stellen daarvan doelen op en kijken dan bijvoorbeeld of het MKD geschikt is. Zij zelf doen geen onderzoek, dit doen ze op aanvraag van ons. Een voorbeeld is een intelligentietest.

Kunt u wat meer vertellen over de samenstelling van de dagbehandelingsgroepen?
Er zijn vier dagbehandelingsgroepen. Er zijn drie groepen waarbij het kind de hele dag kan komen en op een andere groep kunnen ze halve dagen (8,30 -12,30) komen. Op deze laatst genoemde groep zitten veelal jonge kinderen. De samenstelling van de groepen zijn niet gekozen op problematiek. Deze zitten door elkaar heen. Onze ervaring is dat als je de problematieken bij elkaar zet dat kinderen gedrag van elkaar over gaan nemen. Wij hebben in het verleden wel verschillende groepen van problematieken gehad maar dat is zeker 15 jaar geleden. Wel wordt er gekeken naar het temperament van het kind. Het moet natuurlijk wel samen gaan met de rest van de kinderen. Kinderen kunnen wat van elkaar leren. Bijvoorbeeld als kinderen met ADHD bepaalde patronen hebben kunnen ze elkaar daarin versterken. Dan bereik je het tegenovergestelde. Eigenlijk zouden we wel een groep voor autisme willen opstarten, waarin je veel structuur kan bieden aan deze kinderen. Maar eigenlijk is dit ook de rand van de psychiatrie, deze kinderen zouden dan thuishoren in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Per behandelingsgroep kunnen we tien kinderen plaatsen met twee pedagogisch medewerkers.

Met welke problematiek komen jullie in aanraking en zien jullie hierin ook verschil ten opzichte van voorgaande jaren?
Op deze laatste vraag is geen direct antwoord te geven, dit omdat ik hier pas werk vanaf januari 2007. Hiervoor heb ik gewerkt met pubers. Er speelt altijd een ouder- kindinteractie problematiek. Er is een populatie waarin de problematiek voornamelijk in het gezin zit. Dan is het gezinsonmacht, deze kinderen hebben dan vaak een ontwikkelingsachterstand. Verder komen hier kinderen met verschillende problematieken zoals epilepsie, hechtingsproblematiek, een verleden van seksueel misbruik of mishandeling en een grote groep kinderen met gedragsproblematiek. Toen ik hier werkzaam was als maatschappelijk werkster, ongeveer zeven jaar geleden, zag ik veel kinderen met pervasieve ontwikkelingsstoornissen. Of de zwaarte van de problematiek is toegenomen zou eigenlijk onderzocht moeten worden.

Zien jullie verschuiving in wanneer de diagnose wordt gesteld?
Dit wordt iets eerder gedaan en daardoor komen er meer kinderen binnen met al een diagnose. Bijvoorbeeld kinderen die onderzocht zijn door Karakter. Hier is wel een stijging in te zien.

Als het kind al gediagnosticeerd is welke doelen worden er dan gesteld?
Stel het kind heeft PPD- NOS, dan worden daar de behandeldoelen op afgesteld. Bijvoorbeeld meer zelfredzaamheid, omgaan met leeftijdgenoten, en heel belangrijk hoe kunnen ouders worden ondersteund. Wat betekent dit voor de ouders, hoe kunnen ze er mee om gaan. Het wil niet zeggen dat deze kinderen niet worden opgenomen in het MKD. Karakter biedt dan deeltijdbehandeling en of klinische opname. Maar er is mij niet geheel duidelijk wanneer Karakter klinische behandeling biedt en wanneer het MKD behandeling gaat bieden. Bijvoorbeeld het kind wordt ingesteld op medicatie en komt dan weer terug naar het MKD. Deze scheidingslijn is niet geheel duidelijk omdat het niet zo is dat er geen kinderen worden opgenomen met psychiatrisch problematiek.

Hoe ervaren jullie de zwaarte van de problematiek de laatste jaren?
Lastig te beantwoorden omdat ik de afgelopen jaar hier niet heb gewerkt. Vaak hoor ik wel van groepsmedewerkers dat het fijn is dat ze kinderen soms in kleine groepen kunnen behandelen. Je wilt ze eigenlijk allemaal een individueel behandelprogramma geven dat is het streven. Dit is erg intensief en dat zegt wat over de zwaarte van de problematiek en dat vraagt veel van groepsmedewerkers. En dat kan als zwaar worden beschouwd.

Wat is u definiëring van ernstige psychiatrische problematiek?
Op het moment dat het kind meer stress heeft of dat de problematiek wordt versterkt in de behandelingsgroep. Wij proberen zo volledig mogelijk hulp te bieden maar daarbij wordt wel gekeken naar wat er voor het kind goed is en niet wat er voor de groep goed is. Ernstige problematiek kan zijn depressieve of internaliserende kinderen. Deze kinderen zijn hier denk ik niet tot zijn recht en kan je niet voldoende bieden. Als de hulpvraag niet beantwoord kan worden dan vind ik het ernstige problematiek. Het komt wel eens voor dat kinderen worden doorgeplaatst. Bijvoorbeeld bij autisme, of een lage intelligente. Ik ben geen GZ- psychologe, ik doe het voorwerk (onderzoek en observatie) en vervolgens vraag ik een onderzoek aan bij Karakter.

Wordt er wel eens doorverwezen naar een Jeugd-GGZ?
Ik heb het nog nooit meegemaakt. Wij vangen veel op. Kinder- en jeugdpsychiatrie heeft ook veel te maken met intelligente van de kinderen. Als ze te laag scoren (onder de 75) dan komen ze ook niet in aanmerking voor een onderzoek door de GGZ, maar moeten ze doorverwezen worden naar bijvoorbeeld MFC Reactie (Accare en Reeve).

Op welke wijze wordt er behandeling geboden aan kinderen met (een vermoeden van) psychiatrische problematiek in de dagbehandelingsgroepen van Trias?
Dit zijn kinderen met een uitzonderingspositie binnen de dagbehandelingsgroep. Je past bijvoorbeeld de activiteit voor die dag aan. Of dat er specifieke pictogrammen voor het kind worden gemaakt. Dit zijn natuurlijk wel uitzonderingen maar als dat niet meer gaat werken, dan is de vraag of het kind nog wel op het MKD kan blijven. Maar ook als andere kinderen er hinder van ondervinden wordt er met de ouders gekeken naar de mogelijkheden. Bijvoorbeeld naar het PGB. Stel dat daar extra ondersteuning uit kan komen dan zou dat een mooie oplossing zijn. Een andere mogelijk is dat er flex- gelden worden aangevraagd. Dat is voor kinderen die wel op de juiste hulpvorm zitten maar onvoldoende kunnen ondersteunen. Dan kan je extra geld krijgen om extra begeleiding erop te zetten. Bureau Jeugdzorg gaat over de flex- gelden, deze worden niet vaak gegeven. Dit heeft er mee te maken dat deze kinderen dan eigenlijk thuishoren in de GGZ. Maar er zijn uitzonderingen.

Hoe wordt deze behandeling beleeft door de pedagogisch medewerkers, de behandelcoördinatoren en de gezinsbegeleiders? Lopen zij daarbij ook tegen eventuele problemen aan?
Deze behandeling wordt vaak als zwaar ervaren. Bijvoorbeeld praktisch gezien heb je een paar handen tekort op de groep. Daarbij mis je soms ook psychiatrische kennis. Binnen Karakter is deze informatie wel aanwezig maar die zijn er ook in gespecialiseerd, maar als wij dat ook gaan doen kom je wel in hun gebied terecht. Je kan geen cognitieve gedragstherapie geven. Er zijn wel praktische dingen aanwezig als bijvoorbeeld een gevoelsdoos. Door behandelcoördinatoren wordt het als zwaar beschouwd. Vaak zijn het klussen die veel tijd in beslag nemen. Na drieën wordt er dan een bespreking gehouden over het kind. Er wordt bijvoorbeeld gekeken naar dagroutines, hoe kan het wel functioneren op een groep en dat neemt veel tijd in beslag. Als je dan bedenkt dat we 48 kinderen hebben en bij 4 kinderen elke dag een bespreking moet houden gaat daar veel tijd in zitten.

Bij welke problematiek ervaren jullie overlap met de Jeugd-GGZ?
Vooral bij pervasieve ontwikkelingstoornissen, ADHD of angststoornissen. Soms bij depressieve kinderen, maar dat komt bijna nooit. Dat zie je denk ik vaker binnen Karakter. Maar op het moment dat er sprake is van psychiatrische problematiek dan heeft dat ook invloed op de gezinssituatie. Het kan bijvoorbeeld ook genetisch bepaald zijn of in de opvoedingsstijlen zitten van de ouders. Rondom de ouderproblematiek is er ook een overlap met psychiatrie. Bijvoorbeeld vader heeft ook autisme. Ouders zien vaak dan herkenning van henzelf in het kind.

Wat zijn indicaties en contra indicaties bij de aanmelding bij het MKD?

Contra- indicaties zijn:

- Intelligentie beneden de 75. Maar het is moeilijk om jonge kinderen te testen en vaak hebben deze ook nog geen intelligentie. Maar scoort het kind bijvoorbeeld 68 en er is sprake van ontwikkeling wil het niet zeggen dat deze kinderen niet worden aangenomen.
- Verstandelijke beperking.
- Kinderen met ernstige gedragsproblematiek.

Ouders met psychiatrische problematiek is geen contra- indicatie. Dit is een grote doelgroep waar ze mee te maken hebben. Als het kind nog bij de ouders met psychiatrische problematiek woont, is het nog geen contra- indicatie. Er zijn bijvoorbeeld ook ouders die verslaafd zijn die hun kinderen hier brengen. Als je gaat zeggen dat deze doelgroep niet welkom is dan gaat de vraag spelen waar ze dan wel welkom zijn. Er is al heel weinig aanbod voor deze jonge doelgroep.

Hoe is de samenwerking met Karakter tot stand gekomen? Hoe wordt deze samenwerking vorm gegeven?
Het MKD in Hellendoorn heeft een samenwerkingsverband met Karakter. Er komt 1x in 2 weken een kinderpsychiater langs om vragen te beantwoorden rondom de diagnostiek en behandeling. Dat zouden wij hier ook heel graag willen, soms mis je een gedeelte kennis en dan zou het heel handig zijn. Ik merk dat als je kinderen doorverwijst, ze op een lange wachtlijst terecht komen. Dit is niet bevorderlijk voor de behandeling van het kind, wellicht dat de kinder- psychiater hier wat mee kan. De samenwerking op dit MKD wordt wel geprobeerd om tot stand te brengen. Maar dit is nog in een vroeg stadium. Financiering speelt hierin een grote rol.

Wat voor meerwaarde heeft deze samenwerking in de behandeling van kinderen in de dagbehandelingsgroepen?
Zij kunnen meekijken naar de behandeling van de kinderen en eventueel versnellen. Het is prettig als je kennis kunt uitwisselen, en dat je kijkt met welke stoornis je te maken hebt. Tevens is het ook van belang voor het afstellen van de medicatie. En als ze een diagnose/ classificatie hebben kunnen ze ook beter doorstromen door het speciaal onderwijs. Het speciaal onderwijs neemt namelijk geen kinderen aan zonder deze voorwaarde. En als dat versneld kan worden scheelt dat ook hier voor de wachtlijst.

Wat zijn volgens jullie belangrijke verschillen in visie en werkwijze tussen de Jeugdhulpverlening en de Jeugd-GGZ?
Ik zou het niet weten, ik heb het voornemen om daar eens te kijken bij de GGZ. Ik ben daarvan niet op de hoogte.

Herkennen jullie het volgende gegeven: de populatie van het MKD lijkt te zijn veranderd de afgelopen periode. Er komen steeds meer kinderen met psychiatrische problematiek binnen, waarbij er soms al een diagnose is gesteld.
Dit is een herkenbaar probleem. Waarbij je dan voorheen (gesproken over ongeveer 10 jaar geleden) onder gestimuleerd en ontwikkelingsachterstand binnen kreeg zie je nu meer psychiatrische problematiek. Het gaat dan vaak om diagnoses als ADHD, PDD-NOS, angstproblematiek, hechtingsproblematiek en soms depressie. Wij hebben op deze ontwikkeling ingespeeld door het competentie- model meer in te zetten. Ook proberen we minder kinderen te hebben op een behandelingsgroep. Dat betekent dat kinderen niet gelijk 5 dagen per week komen maar beginnen met 3 dagen in de week. Ook hebben we groepsuren omgebouwd naar ambulante uren. En we zijn kritischer gaan samenwerken met Bureau Jeugdzorg om de instroom zo zuiver mogelijk te houden en dat we daarin meer overleggen. Het competentie- model houdt in dat we een wen-, behandel- en afsluitfase inbouwen. Ieder kind heeft een praktisch en emotioneel doel. Het kind bedenkt zelf zijn beloning bij het behalen van het doel. Als begeleiding betekent dat je op gelijke hoogte met het kind praat en dat je het kind ook altijd een alternatieve oplossing geeft. Ook is het belangrijk dat je duidelijk bent tegen het kind; het kind weet dan waar hij aan toe is. Verder wordt er ook rekening gehouden

met de vaardigheden van het kind. Welke vaardigheden kunnen worden vergroot en hoe werkt dat in het systeem van het kind. Je kijkt daarbij ook naar de draaglast/ draagkracht verhouding.
Bij de kinderen waarbij er een diagnose is gesteld, stel je de doelen wat lager in en houdt je rekening met het kind. De verwachtingen worden bijgesteld. Daarnaast geven wij psycho- educatie aan ouders samen met de pedagogisch medewerkers.

Welke ondersteuning/begeleiding bieden jullie PM'ers op dit gebied?
Er wordt bijvoorbeeld flex- geld aangevraagd voor extra ondersteuning, of ik ga zelf op de groep staan. Maar dat probeer ik zo veel mogelijk te beperken. Het is een tijdelijke oplossing. Vooraf houden ze dagschema's bij, of kijken ze naar de mogelijkheden om de ruimte nog prikkelarmer te maken. Of ze gaan in gesprek met ouders, wat werkt thuis dat ze hier kunnen doorvoeren? Soms ontstaat er onmacht voor de PM 'ers en dan redden ze het niet meer, en zou eventueel het kind weg moeten. Maar dat kan je niet zomaar doen, gezien de voorgeschiedenis.

Ervaren jullie dat gedragsproblematiek zo fors kan zijn dat dit nadelig is voor het (groeps) klimaat?
Ja absoluut, je kijkt dan vaak naar medicatie. Wat kan zorgen dat het kind rustiger wordt. En soms draaien ouders mee op de groep en dat zij kunnen zien hoe dit gedrag ontstaat of dat zij nog tips hebben voor ons. Er is inderdaad een grens zoals ik al eerder heb aangegeven. Maar wij trekken niet vaak die grens omdat ik vind dat je wel alles geprobeerd moet hebben.

Heeft u een idee wat de meerwaarde kan zijn van een behandeling in de Jeugd-GGZ t.o.v. een MKD? En omgekeerd het MKD t.o.v Jeugd GGZ?
Ik denk dat er door het team meer gekeken wordt vanuit psychiatrisch kennis en dat is bij ons minder aanwezig. Dat is ook een meerwaarde voor het kind. Het krijgt dan ook de juiste behandeling en begeleiding. En uiteindelijk kunnen ze misschien doorstromen naar school. Ze worden daarop voorbereid en ouders krijgen hulp bij psychiatrische ondersteuning. Omgekeerd vind ik lastig om te zeggen omdat ik niet helemaal weet wat de GGZ biedt.

Heeft u ideeën of aanbevelingen hoe dit probleem aangepakt kan worden binnen de instellingen voor Jeugdhulpverlening waar dit probleem speelt?
Ik denk dat er goed naar de financiën gekeken moet worden. Kinderen komen binnen met een Bureau Jeugdzorg indicatie en hebben een CIZ- indicatie nodig om naar de GGZ te gaan. Deze is al lastig om te krijgen en dat zou mooi zijn als we met de indicaties ook beter kunnen gaan samenwerken. Dat zou betekenen dat de overstap wat gemakkelijker wordt. Maar dat is helaas een financieel plaatje. En voor hier is goed om te weten wat Karakter bied aan jonge kinderen. Wel is er op de groep informatie aanwezig over de inhoud van de psychiatrische problematiek

Windesheim

TRAJECTUM
Instellingen voor Multidisciplinaire Kinder- en Jeugdzorg

Kinderpsychiatrische problematiek

Kinderpsychiatrische problematiek

Bijlage uit: ‘De grens voorbij’

TRAJECTUM
Instellingen voor Multidisciplinaire Kinder- en Jeugdzorg

Inhoudsopgave

1.1. Autisme Spectrum Stoornissen 3
1.2. Aandachtstekortstoornissen en hyperactiviteit 7
1.3. Gedragsstoornissen 9
1.4. Ticstoornissen 12
1.5. Reactieve hechtingsstoornis 14
1.6. Stemmingsstoornissen 17
1.7. Angststoornissen 20
1.8. Selectief mutisme 22

Kinderpsychiatrische problematiek

1.1. Autisme Spectrum Stoornissen

Autisme Spectrum Stoornissen (ASS) staan in de DSM-IV bekend als Pervasieve ontwikkelingsstoornissen, waarmee mensen worden aangeduid die lijden aan een levenslang bestaande stoornis in de communicatieve en sociale vaardigheden, welke niet alleen overeenkomen met een algemene verstandelijke handicap. Binnen het autistisch spectrum worden een aantal subgroepen onderscheiden: (Klassiek) autisme, stoornis van Asperger, syndroom van Rett, Desintegratieve stoornis en een restgroep 'Not Otherwise Specified' (PDD-NOS). Centraal in Autisme Spectrum Stoornissen staan de ernstige problemen op het gebied van de verbeelding, de communicatie en de sociale interactie.

Klinisch beeld
Klassiek autisme wordt gezien als de meest ernstige variant van ASS. Naast de kenmerkende problemen op het gebied van de interactie en communicatie, gaat autisme gepaard met problemen op vele andere gebieden, zoals agressie, automutilatie, dwangmatig gedrag, hyperactiviteit, stereotypieën, tics, stemmingsstoornissen en slaapproblemen. Daarbij heeft 25% van de kinderen met autisme epilepsie en 70% een verstandelijke handicap.

Autisme wordt gekenmerkt door een stoornis in de volgende gebieden:

- Stoornis in de communicatie en de sociale interactie
  Sociale interactie verwijst naar de interesse in en de hoeveelheid sociale interactie die er plaatsvindt. Kinderen met autisme hebben doorgaans moeite met het ontwikkelen van relaties met leeftijdsgenootjes, het delen van plezier en interesses met anderen, het missen van de gebruikelijke non-verbale communicatie (lichaamstaal en gebaren) en de sociale en emotionele wederkerigheid.
  De stoornis in de communicatie verwijst naar een vertraagde en afwijkende taalontwikkeling en het gebrek aan kwaliteit in de sociale interactie. De interactie met kinderen met ASS verloopt vaak als eenrichtingsverkeer, doordat deze kinderen minder dan gebruikelijke wederkerigheid tonen. Dit gebrek aan wederkerigheid uit zich onder andere in problemen met het afstemmen van het (non-) verbale gedrag op een steeds wisselende sociale context. Daarnaast hangen de problemen in de communicatie sterk samen met een minder goed ontwikkeld vermogen tot (sociale) verbeelding. Om adequaat te kunnen communiceren is het nog om je in te leven in de belevingswereld van anderen. Innerlijke processen bij anderen, zoals gedachten, gevoelens, wensen of bedoelingen, zijn niet altijd waarneembaar, maar zijn af te leiden uit het gedrag van anderen door middel van verbeelding. Dit vermogen is bij kinderen met autisme minder goed ontwikkeld, waardoor zij vaak meer gericht zijn op waarneembare, uiterlijke details.

- Stoornis in de omgang met mensen en voorwerpen
  Een kind met autisme kan erg in zichzelf verzonken zijn, wat vooral typerend is bij peuters en kleuters met deze stoornis. De gebrekkige verkenning en gerichtheid op de buitenwereld en de bijzondere wijze van omgaan met lichamelijke en zintuiglijke waarnemingen zorgen ervoor dat het kind sterk op zichzelf betrokken is. Vaak is er geen sprake van totaal isolement, het kind heeft bepaalde openingen waardoor een vorm van contact wel mogelijk is. Het kind met autisme heeft regelmatig grote moeite met het maken van oogcontact, de blik lijkt vaak 'leeg'. De hechting van een kind met autisme komt vaak gestoord of vertraagd op gang. Het kind toont weinig hechtingsgedrag of gaat juist een symbiotische relatie aan met de hechtingsfiguur. Het contact met leeftijdsgenoten verloopt abnormaal, het vermogen om zich in te leven in de interesses, emoties of motieven van anderen staat hiervoor in de weg. Naast de omgang met mensen, is ook de omgang met dingen verstoord. Het kind met autisme heeft een fascinatie voor bepaalde voorwerpen of vormen, terwijl andere dingen hem onberoerd laten. Er is weinig variatie in de wijze waarop het kind met de voorwerpen omgaat, dit gebeurt vaak op een stereotype wijze waardoor de functionele omgang met speelgoed vaak ontbreekt. De gestoorde omgang met voorwerpen komt ook in de grote behoefte aan routine en

herhaling terug. Kinderen met autisme hebben angst voor alles wat nieuw, onbekend of onverwacht is en een grote behoefte aan behoud van dezelfde toestand, ordening of indeling.

- Stoornis in de spraak en het taalgebruik
  Ongeveer 50% van de mensen met autisme gaat nooit spreken. Dit percentage ligt lager bij autistische mensen met een hoger intelligentieniveau. Als de taalontwikkeling op gang komt, is deze veelal vertraagd en opvallend. Vaak is er sprake van echolalie, waarbij het kind letterlijk en direct herhaald wat hem gezegd is, vaak met dezelfde intonatie. Ze blijven lange tijd over zichzelf in de tweede of derde persoon spreken of verzinnen nieuwe woorden, neologismen genoemd. De taalmelodie, de toon, het ritme en de stembuigingen, is vlak en komt robotachtig en gemaniëreerd over. Het onrijpe karakter van de taalontwikkeling komt vooral tot uiting in de wijze waarop een kind met autisme woorden of gezegden letterlijk opvat.

- Stoornis in de motoriek
  Een groot aantal kinderen met ASS heeft problemen op het gebied van de motorische ontwikkeling; er is over het algemeen een achterstand in de grove en de fijne motoriek. Opwinding, vreugde, verdriet of frustratie wordt vaak geuit door te fladderen met de handen. Daarnaast bestaat een deel van de motorische activiteit uit stereotiep ritueel gedrag, zoals het ritmisch heen-en-weer bewegen van de romp of het hoofd. Kinderen met autisme worden vaak als overbeweeglijk, snel afleidbaar en impulsief ervaren.

- Stoornis in de prikkelverwerking
  De prikkelverwerking van kinderen met autisme verloopt bijzonder, soms reageren deze kinderen extreem en heftig op prikkels, anderzijds kunnen prikkels weer erg weinig reactie oproepen. Het kind reageert bijvoorbeeld niet op zijn naam of op begroetingen van iemand die binnenkomt. Op andere (harde) geluiden of op veranderingen in de lichtval kan het kind weer erg heftig reageren. Sommige kinderen met autisme hebben grote moeite met de substantie van bepaald soort voedsel, waardoor het kind pertinent weigert het te eten.

- Stoornis in de regelmaat van de ontwikkelingsgang
  De ontwikkeling van kinderen met autisme verloopt, anders dan bij normale kinderen, vaak met horten en stoten. Sprints worden afgewisseld met lange periode van nauwelijks ontwikkeling. Ongeveer dertig procent van alle kinderen met autisme vertoont een spontaan verlies van reeds verworven taalvaardigheden.

- Stoornis in de cognitieve ontwikkeling
  Zoals eerder beschreven is ongeveer 70% van alle kinderen met autisme in min of meerdere mate verstandelijk gehandicapt. Een aantal van deze kinderen blijkt overigens op een bepaald deelgebied van de cognitieve ontwikkeling relatief begaafd te zijn, bijvoorbeeld in de gevoeligheid voor muziek of het maken van puzzels. Ook een extreem goed geheugen voor getallenreeksen komt voor. Het intelligentieprofiel van kinderen met autisme is vaak disharmonisch; er is een discrepantie tussen het performaal en het verbaal IQ, in het voordeel van het performale niveau.

Subgroepen van autisme

Naast Autisme, valt de stoornis van Asperger, het syndroom van Rett, de Desintegratieve stoornis en PDD-NOS ook onder de groep Autisme Spectrum Stoornissen.
De stoornis van Asperger wordt gekenmerkt door dezelfde sociale en communicatieve problemen als bij autisme, maar de vertraagde taalontwikkeling en achterblijvende cognitieve ontwikkeling ontbreekt. Verder valt bij deze kinderen de houterige motoriek op, de langdradige en formele spraak en de monotone intonatie.
Het syndroom van Rett is een progressieve ontwikkelingsstoornis en komt vrijwel uitsluitend bij meisjes voor. Tot ongeveer 6 tot 18 maanden ontwikkelt het kind zich normaal, daarna verliest het kind eerder verworven hand- en taalfuncties. Er treden karakteristieke handbewegingen op, zoals wringen of wassen, in combinatie met sociale en communicatieve stoornissen. Opvallend is verder dat de schedelgroei tussen de leeftijd van vijf maanden en 48 maanden afneemt. De kinderen met het syndroom van Rett gaan op den duurt op verstandelijk gehandicapt niveau functioneren.
Kinderen met een Desintegratieve stoornis laten tot tenminste twee jaar een normale ontwikkeling zien. Daarna verliezen ze een groot deel van hun eerder verworven vaardigheden en ontstaan problemen die vergelijkbaar zijn met die van autistische kinderen.

De diagnose PDD-NOS wordt gebruikt voor kinderen met sociale en communicatieve problemen, maar waarbij zij niet aan alle criteria voldoen om van autisme te kunnen spreken. Bij deze kinderen is tevens vaak sprake van aandachtsproblemen en hyperactiviteit waardoor de afgrenzing met ADHD moeilijk kan zijn. In de DSM-IV wordt autisme beschouwd als hoofddiagnose, waarbij bijkomende aandachtsproblemen en hyperactiviteit als secundair worden beschouwd.
Een mogelijke subgroep van PDD-NOS is de Multiple Complex Development Disorder (MCDD). Dit is (nog) geen erkende classificatie binnen de DSM-IV. MCDD wordt vermoedt wanneer een kind vanaf jonge leeftijd naast problemen in de sociale interactie, ook forse problemen in de affectregulatie heeft (bijvoorbeeld woede-uitbarstingen), sterke angsten en denkstoornissen. Uit onderzoek blijkt dat dit een groep kinderen is met een minder goede prognose, omdat zij kans lopen op een ontwikkeling in de schizofrene richting (Van der Gaag e.a., 1995).

Prevalentie
In eerdere epidemiologische studies werd aangetoond dat ongeveer 2-5 op de 10.000 kinderen autisme heeft. In recente studies zijn cijfers gevonden variërend van 0,7- 30 en zelfs 60 op de 10.000 kinderen. Tegenwoordig wordt aangenomen dat autisme voorkomt bij ongeveer 1 op de 1.000 kinderen. Een heel aantal van deze kinderen voldoet echter niet aan alle criteria van autisme. Er is tot op heden geen verklaring voor deze toename gevonden, dan een eerdere herkenning en verbeterde diagnostiek van Autisme Spectrum Stoornissen. Er werd gedacht aan vaccinaties als oorzakelijke factor, maar grote epidemiologische studies hebben overtuigd aangetoond dat dat niet het geval is (Smeeth et al., 2004). De prevalentie van PDD-NOS is niet geheel duidelijk. De schatting is dat deze subgroep ongeveer twee tot drie keer zo vaak voorkomt als autisme. Het Rett-syndroom heeft een prevalentie van 1 op de 10.000 en komt voornamelijk bij meisjes voor. Er zijn weinig gegevens bekend over de prevalentie van de stoornis van Asperger en de Desintegratieve stoornis.

Etiologie
Naar aanleiding van verschillende opvallendheden, zoals het frequenter voorkomen van bepaalde ziekten als epilepsie en het fragiele X-syndroom, hersenbeschadigingen waarbij autistiform gedrag werd gezien en de erfelijke factor, blijkt dat ASS een neurobiologische aandoening is. Zoals eerder is genoemd is autisme in hoge mate geassocieerd met mentale retardatie (70%) en epilepsie (30%). In welke mate en hoe erfelijke factoren een rol spelen bij andere varianten binnen Autistisch Spectrum Stoornissen is niet duidelijk, maar waarschijnlijk spelen zij ook hierbij een grote rol. Zo komen in gezinnen vaak meerdere kinderen met ASS voor, al niet in milde of ernstige varianten, en heeft in een aantal gevallen ook één of beide ouders problemen op dit vlak (o.a. Cohen, Volkmar, 1997). Het is duidelijk geworden dat meerdere genen betrokken zijn bij het ontstaan van ASS en dat ook de interactie met de omgeving van belang is. Het ontstaan van ASS is (grotendeels) de oorzaak van biologische factoren. Omgevingsfactoren, zoals de opvoeding, zijn van invloed op de wijze waarop de stoornis zich ontwikkeld.

Differentiaaldiagnose
In de praktijk blijkt het niet altijd eenvoudig te zijn om ASS te differentiëren van andere stoornissen, zoals een taalstoornis, verstandelijke handicap, ernstige emotionele verwaarlozing en het borderline-syndroom van de kinderleeftijd (ook wel MCDD genoemd). Bij een taalstoornis gaat het meestal om kinderen met een normale intelligentie met en een expressieve en receptieve taalachterstand. Bij kinderen met autisme is er naast een taalachterstand ook sprake van echolalie, neologismen en de verwisseling van persoonlijk voornaamwoorden. Daarnaast gebruiken kinderen met een taalachterstand de taal wel op een communicatieve wijze, in tegenstelling tot kinderen met autisme.
Bij het overgrote deel van de kinderen met autisme is er tevens sprake van een verstandelijke handicap. Er is dan sprake van co-morbiditeit op as II van de DSM-IV classificatie. Bij de helft van alle kinderen met een IQ onder de 50 is er tevens sprake van contactstoornissen, stereotype gedrag en/of taalontwikkelingsstoornissen. Dit vertoont veel gelijkenis met de diagnostische criteria voor Autisme Spectrum Stoornissen, waardoor het moeilijk is om vast te stellen of het kind een verstandelijke handicap heeft of een verstandelijke handicap in combinatie met een pervasieve ontwikkelingsstoornis.
ASS moet tevens onderscheiden worden van ernstige emotionele verwaarlozing. Zeer ernstig verwaarloosde kinderen, zoals kinderen met een reactieve hechtingsstoornis, kunnen autisme gelijkend gedrag vertonen. Deze kinderen zijn in zichzelf gekeerd en weinig alert op de sociale omgeving. De taalontwikkeling is meestal ook verstoord en er is veel autostimulatie, zoals hoofdbonken. Indien deze kinderen in een veilige en stimulerende omgeving worden geplaatst, verbleken meestal bovengenoemde symptomen.

Tot slot moet ASS gedifferentieerd worden van het borderlinesyndroom van de kinderleeftijd. Deze problematiek wordt gekenmerkt door erg onvoorspelbaar gedrag, een hoog angstniveau en fobisch of obsessies compulsief gedrag. Het kind heeft lichte contactstoornissen, een eenzijdige belangstelling en een heftig fantasieleven, waarin het kind vaak overspoelt raakt en de realiteit kwijtraakt. De stoornis wordt momentaal als een aan autisme verwante stoornis gezien, de 'multiple complex developmental disorder'(MCDD).

Co-morbiditeit
Bij mensen met ASS worden relatief veel psychiatrische symptomen waargenomen welke bekend zijn bij andere psychiatrische stoornissen. Een deel van die symptomen behoort bij de ASS-problematiek, maar soms is er echt sprake van co-morbiditeit.
De frequentie van de veelvoorkomende symptomen is hoog:

- 60% aandacht- en concentratieproblemen
- 40% hyperactiviteit
- 43 -88% preoccupaties
- 37% obsessies
- 16 - 86% compulsies of rituelen
- 50 -89% stereotypieën
- 70% stereotype maniërisme (= uitblinken in een bepaalde vaardigheid)
- 17 -74% angsten
- 9 -44% depressieve symptomen of prikkelbaarheid
- 11% slaapstoornissen
- 24- 43 % automutilatie
- 8% tics

Beloop en prognose
Onderzoek heeft uitgewezen dat 5% tot 17% van de autistische populatie een bevredigend sociaal leven heeft en redelijk functioneert op school of werk. Daarbij is het wel belangrijk dat deze autistische mensen om te kunnen functioneren, aangewezen zijn op speciaal werk of op een prikkelarme werkplek. Ruim 60 -75% van de autistische populatie bleek een slechte prognose te hebben. Zij vertoonden een ernstige handicap en waren niet in staat tot het leiden van een zelfstandig leven (Lotter, 1978). Momenteel is het mogelijk om voor autistische kinderen in de leeftijd van vijf tot acht jaar een redelijk goede prognose te geven over hoe het kind zich tot in de volwassenheid zal ontwikkelen. Kinderen die op hun achtste jaar een performaal IQ lager dan 60 hebben en geen taalontwikkeling vertonen, hebben met zeer grote waarschijnlijk een slechte prognose. De prognose is moeilijker in te schatten bij kinderen met een hoge non-verbale intelligentiescore maar zonder behoorlijke vooruitgang in de taalontwikkeling. Tot de groep met een relatief goede sociale prognose, horen de kinderen met een hoge non-verbale intelligentiescore en een ontwikkeling van zinvolle taal vóór het vijfde levensjaar. Bij deze kinderen spelen echter ook andere omstandigheden een rol bij de prognose, zoals de hoeveelheid tijd die een kind op school kan doorbrengen en de kwaliteit van het sociale gedrag van het kind.

Behandeling
Bij de behandeling van ASS dient er veel rekening gehouden te worden met de beperkingen die de stoornis met zich meebrengt. Door het creëren van een rijke en groeizame omgeving, met gerichte stimulatie is het mogelijk om de ontwikkelingsvoortgang te stimuleren. Hierbij kunnen onnodige secundaire handicap voorkomen worden.

1.2. Aandachtstekortstoornissen en hyperactiviteit

De Aandachtstekortstoornis met Hyperactiviteit (ADHD) is een veel voorkomende stoornis op de kinder- en jeugdleeftijd. Deze stoornis kenmerkt zich door drie kernsymptomen: aandachtstekortstoornis, hyperactiviteit en impulsiviteit. Het is een chronische stoornis met een hoge persistentie in de volwassenheid (1- 1,5%) , waardoor langdurige behandeling en begeleiding vaak noodzakelijk is.

Klinisch beeld
Kinderen met een aandachtstekort-/hyperactiviteitsstoornis verschillen van normale kinderen met ongeconcentreerd, hyperactief gedrag doordat het gedrag in extreme mate voorkomt, de symptomen duurzaam van aard zijn, in uiteenlopende situaties optreden en al in de kinderjaren hebben geleid tot disfunctioneren. Het gedrag van ADHD- kinderen kan variëren in verschillende situaties; dit heeft te maken met verschillen in eisen en setting en verschillen in houding en oordeel tussen de verschillende beoordelaars (leerkracht, ouder). De DSM-IV stelt als eis dat de symptomen al voor het zevende levensjaar aanwezig moeten zijn, terwijl bij circa 18% van de kinderen met ADHD en circa 43% van de kinderen met ADD het disfunctioneren pas begon na het zevende jaar. Beneden de leeftijd van vier jaar is de diagnose ADHD moeilijk te stellen, omdat hyperactief en impulsief gedrag op die leeftijd moeilijk te onderscheiden is van agressief en uitdagend gedrag.

De DSM-IV onderscheidt drie typen van ADHD:

- ADD; het overwegend onoplettende type. Dit zijn kinderen die moeite hebben met de aandacht en concentratie, en snel afgeleid en vergeetachtig zijn. Ze hebben een tragere informatieverwerking en moeite met het opbrengen van selectieve aandacht. Het komt regelmatig voor dat ze tevens enkele kenmerken van hyperactiviteit en/of impulsiviteit laten zien.
- Het overwegend hyperactieve en impulsieve type. Deze kinderen worden gekenmerkt door overwegend druk en impulsief gedrag. Ze lijken nooit stil te kunnen zitten, praten veel en verstoren andermans gesprekken of bezigheden.
- Het gecombineerde type met zowel aandachtsproblemen als hyperactiviteit. Dit type komt het meeste voor. Deze kinderen hebben moeite met aandacht en concentratie en zijn druk, beweeglijk en impulsief.

Prevalentie
De incidentie van ADHD lijkt te zijn gestegen de afgelopen decennia. Bekend is dat verbeterd inzicht in de problematiek en verbeterde diagnostiek ertoe bijdraagt dat de diagnose vaker wordt gesteld. Onderdiagnostiek komt daarentegen ook nog voor, vooral bij meisjes, kinderen met ADD en kinderen van etnische minderheden. Volgens de gezondheidsraad komt ADHD voor bij 2-8 % van de schoolgaande kinderen tot 14 jaar. De verhouding jongens/meisjes is daarbij 3:1.

Etiologie
Erfelijke factoren spelen een grote rol bij het ontstaan van ADHD. Tevens is duidelijk geworden dat het brein van kinderen met ADHD anders functioneert. In vergelijkingen met normale kinderen valt neuro-anatomisch op dat verschillende hersengebieden van kinderen met ADHD kleiner zijn dan die van hun leeftijdsgenoten. Het uiteindelijke klinische beeld van ADHD wordt bepaald door een wisselwerking tussen enerzijds erfelijke en biologische factoren en anderzijds omgevingsfactoren, zoals een laag opleidingsniveau van de moeder, een lage sociaal-economische klasse en het opgroeien in een éénoudergezin.

Differentiaaldiagnose
De volgende stoornissen moeten worden onderscheiden van ADHD:
- Pervasieve ontwikkelingsstoornis
- Psychose
- Gedragsstoornis
- Hechtingsstoornis, ernstige verwaarlozing
- Angst- of stemmingsstoornis
- Syndroom van Gilles de la Tourette

- Zintuiglijke stoornis (gehoor, visus)
- Verstandelijke handicap, hoogbegaafdheid
- Leer- of taal/spraakstoornis
- Motorische coördinatiestoornis
- Slaapproblemen

Co-morbiditeit
ADHD gaat vaker dan gemiddeld gepaard met andere problematiek, waarvan ODD het meest bekend is. Zo laat 40- 60 % van de kinderen met ADHD ook oppositioneel gedrag zien. Co-morbiditeit kan de problematiek doen verergeren.
De frequentie van de overige symptomen is als volgt:

- 70% van de kinderen me een ticstoornis heeft tevens ADHD. Ongeveer 10% van de kinderen met ADHD heeft tics.
- 25% van de kinderen met ADHD heeft angstklachten, welke vaak niet onderkend worden.
- Er is een grote overlap tussen ADHD en PDD-NOS.
- Veel kinderen met ADHD hebben last van slaapstoornissen, vooral inslaapstoornissen. Dit kan zowel het gevolg zijn van medicatie, als voorafgaand aan de medicatie al aanwezig zijn.

Beloop en prognose
ADHD is geen stoornis die zich beperkt tot de kinderleeftijd. In de adolescentie en de volwassenheid hebben de meeste mensen nog klachten, al ziet de stoornis er dan anders uit. Klimmen en rennen veranderd vaak in innerlijke onrust. De aandachts- en concentratieproblemen vallen vaak meer op naarmate het kind ouder wordt. Anderzijds kunnen de symptomen ook bij sommige kinderen verbleken. Ongeveer 40- 50% blijft in de volwassenheid klachten houden die hun functioneren zodanig beperken dat behandeling en begeleiding nodig is.
De prognose hangt onder meer samen met de co-morbiditeit en het vermogen van ouders om een overzichtelijk en gestructureerd opvoedingsklimaat te handhaven. Ook de capaciteit van de persoon met ADHD om met zijn problematiek om te gaan, speelt een rol. Een kind met een goede intelligentie, dat opgroeit in een gezond opvoedingsklimaat en een goede schoolomgeving en weinig co-morbiditeit zal met goede begeleiding een gunstigere prognose hebben dan de kinderen die deze factoren niet bezitten.

Behandeling
ADHD vraagt om chronische behandeling en begeleiding, waarbij de huisarts bij mildere gevallen een grote rol kan spelen. Uit studies blijkt dat de combinatie van medicatie met een gedragstherapeutische benadering het beste effect heeft. In mildere gevallen of op hele jonge leeftijd kan ook alleen gedragstherapeutische begeleiding ingezet worden. Uit een onderzoek dat uitgevoerd is binnen de Jeugdhulpverlening blijkt dat de behandeling van ADHD het meeste effect heeft in een pedagogisch klimaat van zowel structuur als affectie en emotionele ondersteuning. Opvallend is dat het bieden van enkel structuur en controle tot een toename van ADHD- symptomen leidt, terwijl daarentegen de combinatie van structuur en emotionele ondersteuning leidt tot een afname van de symptomen. (van der Ploeg, Scholte, 2001)

1.3. Gedragsstoornissen

In de ontwikkeling van kinderen en adolescenten is het normaal dat zij zich wel eens af zetten tegen volwassenen, liegen, vechten of anderen pesten. Wanneer verschillende oppositionele, antisociale of agressieve gedragen zich gedurende langere tijd voordoen, herhaaldelijk optreden en het een duidelijke ongunstige invloed hebben op het functioneren van het kind, is er volgens de DSM-IV sprake van een gedragsstoornis. De DSM-IV spreekt van twee categorieën: de oppositionele opstandige gedragsstoornis (ODD) en de anti-sociale gedragsstoornis (CD). Waar men vroeger dacht dat oppositionele, anti-sociale en agressieve symptomen vooral door ongunstige omgevingsfactoren veroorzaakt werden, is de afgelopen jaren steeds meer duidelijk geworden dat kindfactoren een belangrijk aandeel hebben. Vooral als gedragsproblemen zich reeds op jonge leeftijd manifesteren, is er in de adolescentie en de volwassenheid een verhoogde kans op psychiatrische stoornissen, alcohol of drugsverslaving en sociaal disfunctioneren op het werk en in het gezin (Verhulst, 2001).

Klinisch beeld
Van oppositioneel gedrag wordt gesproken wanneer het kind zich verzet tegen de leiding van de volwassenen, zoals weigeren om te doen wat gevraagd wordt of driftig reageren op correcties. Gedrag is antisociaal wanneer de fundamentele rechten van anderen geweld wordt aangedaan of belangrijke bij de leeftijd horende sociale normen en regels worden overtreden. Een vorm van antisociaal gedrag is agressief gedrag. Van agressief gedrag wordt vervolgens gesproken wanneer aan een ander persoon of aan een voorwerp met opzet schade wordt toegebracht
Er zijn drie vormen van agressief gedrag: fysiek (slaan, schoppen etc.), verbaal (uitschelden, bedreigen, pesten etc.) en relationeel agressief gedrag (onjuiste geruchten verspreiden over een ander kind om deze buiten de groep te sluiten of uit wraak vriendschap met een ander sluiten).

In agressief gedrag kan onderscheidt gemaakt worden tussen een reactieve vorm en een proactieve vorm (Kempes e.a., 2005). Reactief agressief gedrag kan gedefinieerd worden als een vijandige, boze reactie op een waargenomen frustratie. Deze vorm van agressie wordt ook wel affectieve agressie genoemd, en is vaak een verdediging tegen die persoon die als bedreigend of frustrerend wordt ervaren. Vanuit angst zal het kind zich bij voorbaat al defensief en agressief opstellen. Proactief agressief gedrag is daarentegen gecontroleerd. Deze vorm van agressie wordt ook wel offensieve of instrumentele agressie genoemd en wordt gebruikt om een bepaald doel te bereiken. Reactief agressieve kinderen hebben vaak een geschiedenis van lichamelijke mishandeling, problemen in de sociale informatieverwerking en aanpassingsproblemen in relaties met leeftijdsgenoten. Het proactief agressieve kind is minder emotioneel en wordt meer geleid door de verwachting dat het agressieve gedrag positieve gevolgen zal hebben, bijvoorbeeld door jarenlange positieve bekrachtiging van agressief gedrag.

De oppositioneel opstandige gedragsstoornis kan gezien worden als een mildere variant van de anti-sociale gedragsstoornis. Een redelijk aantal kinderen tussen de 4 en de 7 jaar vertoont eerst een oppositionele opstandige gedragsstoornis, wat zich bij een ongunstige invloed ontwikkelt tot een anti-sociale gedragsstoornis wanneer de kinderen tussen de leeftijd van 8 en 10 jaar zijn. Deze kinderen met een antisociale gedragsstoornis van het type 'beginnend in de kinderleeftijd', blijven ook de verschijnselen vertonen van een oppositioneel opstandige gedragsstoornis. Er zijn echter ook jonge kinderen met een oppositioneel opstandige gedragsstoornis bij wie de stoornis verdwijnt of blijft zonder zich te ontwikkelen tot een antisociale gedragsstoornis. Tot de antisociale gedragsstoornis met het type 'beginnend in de adolescentie' behoren de jeugdigen die in de kinderleeftijd geen antisociaal gedrag vertoonden en dit pas doen in de adolescentie. Het type met een begin in de kinderleeftijd vertoont meer agressieve symptomen, heeft meer co-morbiditeit met ADHD en een lees- of taalstoornis en heeft een slechtere prognose dan het andere type van de antisociale gedragsstoornis.

Prevalentie
De oppositioneel opstandige gedragsstoornis en de antisociale gedragsstoornis zijn van groot belang voor de kinder- en jeugdpsychiatrie, vanwege de hoge prevalentie en het risico voor negatieve uitkomsten. De prevalentie van de oppositioneel opstandige gedragsstoornis is 3,2 % en van de anti-sociale gedragsstoornis 2,0 % (Lahey e.a., 1999). In de prevalentie van de oppositioneel opstandige gedragsstoornis blijkt er geen duidelijk verschil te in de verhouding jongens/meisjes. Daarentegen is de prevalentie van de antisociale gedragsstoornis hoger bij jongens dan bij meisjes.

Etiologie
Het ontstaan en in stand houden van gedragsstoornissen bij kinderen en jeugdigen is meestal te verklaren vanuit een combinatie van kind- en omgevingsfactoren. Er is vaak een wisselwerking tussen enerzijds een neuropsychologische kwetsbaarheid van het kind en anderzijds een omgeving die hier niet optimaal op in speelt (Matthys, 2003). Zo kan een kindkenmerk, zoals bepaalde temperamentskenmerken of ADHD, bepaalde omgevingskenmerken uitlokken, zoals inconsequent omgaan met ongewenst gedrag. Tevens kan een omgevingsrisico, zoals mishandeling, leiden tot een kindkenmerk, zoals de neiging onterecht vijandige intenties aan anderen toe te kennen. Naast de risicofactoren dient er ook oog te zijn voor beschermende factoren als een hoge intelligentie, een goede relatie met een ouder of een goede schoolsituatie.

De volgende kindgebonden risicofactoren zijn van invloed op het ontstaan en in stand houden van gedragsstoornissen: (deze zijn vooral van belang bij een gedragsstoornis met een vroeg begin)

- ADHD
- Een leesachterstand of –stoornis
- Een taalachterstand of –stoornis
- Een coördinatieontwikkelingsstoornis
- Zwakbegaafdheid, in het bijzonder op verbaal gebied
- Bepaalde temperamentskenmerken, zoals emotionele labiliteit, negativisme en een korte aandachtsboog (Caspi e.a., 1995)
- Erfelijkheid, vooral wanneer antisociaal en agressief gedrag samengaat met een zich vroeg manifesterende overbeweeglijkheid, aandachtstekorten en een algeheel sociaal disfunctioneren (Rutter, 1997)
- Een verlaagd activatieniveau van het autonoom zenuwstelsel (hartslagfrequentie, huidgeleiding), mogelijk in verband met onbevreesd zijn en een geringe gevoeligheid voor straf (Matthys e.a., 1998, 2004).
- Bij kinderen en jeugdigen met gedragsstoornissen werd herhaaldelijk een verminderde serotonerge functie gevonden. Serotonine wordt verondersteld een moduleren rol te spelen in allerlei functies, zoals het inhiberen van gedrag.
- Tevens worden er afwijkende sociale cognities vastgesteld bij kinderen met gedragsstoornissen. Hun sociale informatieverwerking en sociale probleemoplossing vertoonden afwijkende kenmerken, zoals een verminderde aandacht voor informatie, en meer aandacht voor vijandige informatie. Voor sociale problemen bedenken ze minder oplossingen (Matthys e.a., 1999) en vaker een agressieve oplossing (Dodge e.a., 1986).

De rol van omgevingsfactoren kan bij het type ‘beginnend in de kinderleeftijd’ beschreven worden vanuit de alledaagse ouder- kindinteracties. Deze worden veelal gekenmerkt door:

- Het geven van onvoldoende of onduidelijke positief geformuleerde opdrachten;
- Het onvoldoende zicht hebben en waardering tonen voor sociaal wenselijk gedrag;
- Het inconsequent en vaak hard straffen;
- Weinig direct toezicht op het kind;
- Weinig oog hebben voor en tonen van gevoelsmatige betrokkenheid op het doen en laten van het kind (Kazdin, 1995).

Voor een deel worden deze opvoedingskenmerken door het kind zelf uitgelokt en voor een deel hangen ze samen met een reeks eigenschappen van de ouders en het gezin, zoals:

- Persoonlijkheidskenmerken van ouders, zoals gedeprimeerdheid, prikkelbaarheid en emotionele afstandelijkheid
- Psychiatrische stoornissen bij ouders, zoals ADHD, drugs- en alcoholverslaving en persoonlijkheidsstoornissen
- Delinquentie van één of beide ouders
- Disharmonie met openlijke conflicten en agressie tussen de ouders
- Herhaalde wisselingen van ouder- of opvoedfiguren
- Mishandeling
- Een lage socio-economische status
- Eénoudergezin
- Sociaal isolement van het gezin (Kazdin, 1995).

Differentiaaldiagnose
Bij het stellen van de diagnose moet er rekening worden gehouden met de volgende differentiaaldiagnoses:

- Antisociaal gedrag bij kind of jeugdige
- Ouder- kindrelatieproblemen
- Aanpassingstoornis met een stoornis van het gedrag
- ADHD
- Dysthyme of depressieve stoornis
- Reactieve hechtingsstoornis
- PDD-NOS
- Stoornis van Asperger
- Stoornis in de impulsbeheersing.

Co-morbiditeit
Co-morbiditeit is een veelvoorkomend verschijnsel bij gedragsstoornissen. Bij het type 'beginnend in de kinderleeftijd' komt vaak co-morbiditeit voor met: ADHD, leesstoornis, taalstoornis, coördinatieontwikkelingsstoornis, zwakbegaafdheid en lichte zwakzinnigheid. Bij zowel 'beginnend in de kindertijd' als 'beginnend in de adolescentie' komt co-morbiditeit voor met: de dysthyme stoornis, depressieve stoornis, angststoornis, posttraumatische stress- stoornis en dissociatieve stoornis. In de adolescentie komt ook co-morbiditeit voor met middelenmisbruik.

Beloop en prognose
Prospectief- longitudinaal onderzoek naar externaliserend gedrag (waaronder oppositioneel en fysiek agressief gedrag) bij jongens in de leeftijd van vijf tot zestien jaar, heeft uitgewezen dat agressief en antisociaal gedrag me de leeftijd afneemt (Nagin, Tremblay, 1999). Er kunnen echter vier groepen worden onderscheiden met een verschillend beloop in tijd:

- De groep met persistent hoog- externaliserend gedrag; dit is een groep met een blijvend hoog niveau van externaliserend gedrag
- De groep met een hoog maar afnemend niveau van externaliserend gedrag
- De groep met een matig en afnemend niveau van externaliserend gedrag
- De groep met een persistent laag niveau van externaliserend gedrag.

Met de leeftijd zullen openlijke vormen van antisociaal gedrag gemiddeld afnemen, maar de bedekte vormen nemen daarentegen met de leeftijd toe. Daarnaast nemen de meest ernstige vormen van fysiek agressief gedrag, zoals verkrachting en doodslag, in de loop van de adolescentie in frequentie toe (Loeber, Stouthamer-Loeber, 1998). Naast een antisociale ontwikkeling is er bij kinderen en jeugdigen met een gedragsstoornis een verhoogd risico voor psychiatrische stoornissen in de volwassenheid zoals persoonlijkheidsstoornissen, depressies en verslaving, voor werkloosheid, frequentie wisselingen van baan, afhankelijkheid van sociale voorzieningen, herhaalde echtscheidingen en ziekenhuisopnamen vanwege somatische aandoeningen (Kazdin, 1995). Bij meisjes is er tevens een verhoogd risico voor vroege zwangerschap, het vinden van een antisociale partner en het hebben van kinderen met gedragsstoornissen. Lang niet alle kinderen en jeugdigen met gedragsstoornissen vertonen echter deze ongunstige ontwikkeling. Indicatoren voor een ongunstige prognose zijn: een vroege leeftijd van aanvang van de stoornis, de aanwezigheid van fysieke agressie, co-morbiditeit met ADHD, aan laag activatieniveau van het autonome zenuwstelsel en (vebale) zwakbegaafdheid (Maugham, Rutter, 2000).

Behandeling
Bij het inzetten van een behandeling wordt voorkeur aangesloten op die mechanismen waarvan aangetoond is dat zij een rol spelen in het ontstaan en in stand houden van de stoornis. In de praktijk bestaat de behandeling veelal uit een combinatie van medicatie en gedragstherapeutische en/of systeemtherapeutische behandelmethoden. Medicatie is geïndiceerd voor de beïnvloeding van ernstige en openlijke vormen van agressief gedrag nadat gebleken is dat psychotherapeutische methoden, zoals de begeleiding en training van opvoedingsvaardigheden bij ouders, onvoldoende effect waren. Bij het indiceren van medicatie speelt daarnaast het voorkomen van co-morbiditeit een centrale rol. In het geval van co-morbiditeit met ADHD en een duidelijke belemmering van het functioneren in meerdere gebieden en in meerdere milieus, is medicatie als eerste stap geïndiceerd. De Multisysteemtherapie richt zich niet alleen op de jeugdige, zijn ouders en het gezin, maar ook op de groep leeftijdsgenoten, de school en de buurt.

1.4. Ticstoornissen

De DSM-IV omschrijft een tic als een plotselinge, snelle, herhaalde, niet-ritmische stereotiepe motorische beweging of vocale uiting. Tics komen veel voor bij kinderen in de basisschoolleeftijd, maar in het merendeel van de gevallen zijn deze van voorbijgaande aard. De tics verminderen over het algemeen sterk voor het bereiken van de volwassen leeftijd. Indien er echter sprake is van zowel verschillende motorische tics als tenminste één vocale tic, die gedurende meer dan een jaar vrijwel dagelijks vele keren per dag optreden, wordt er gesproken van de stoornis van Gilles de la Tourette (GTS). Indien er uitsluitend motorische of vocale tics voorkomen, worden deze geclassificeerd als respectievelijk een chronische motorische tic-stoornis en een chronische vocale tic-stoornis.
De DSM spreekt van een passagere tic-stoornis wanneer de tics korter dan een jaar, maar gedurende tenminste vier weken aanwezig zijn. Tot slot is er binnen de DSM-IV nog een restgroep, de tic-stoornis niet anderszins omschreven. Deze classificatie kan bijvoorbeeld gebruikt worden wanneer de tics korter dan vier weken aanwezig zijn.

Klinisch beeld
Tot voor kort werd Gilles de la Tourette gezien als een ernstige, levenslang durende aandoening. In het merendeel van de gevallen zijn de tics bij deze stoornis echter relatief mild en gaan ze met weinig hinder gepaard. Daarentegen kunnen tics dermate hinderlijk zijn voor de dagelijkse activiteiten, doordat ze erg krachtig en/of frequent voorkomen. In sociaal opzicht kunnen de tics voor kinderen ook ongunstig zijn. Kenmerkend voor tics is het wisselende beloop in ernst over de tijd. Er kunnen sterke wisselingen per dag zijn, maar de ernst van de tics kunnen ook fluctueren per week of maand, waarbij het type en het aantal aanwezige tics ook variabel is over de tijd. De drang tot het hebben van tics is geheel onvrijwillig, maar de tics kunnen door het individu vaak wel enige tijd onderdrukt worden waardoor ze voor de buitenwereld nauwelijks opvallen. De aandrang tot het hebben van tics neemt vaak toe, nadat deze enige tijd onderdrukt zijn geweest. De uitingsvormen van tics kunnen heel divers zijn. Motorische tics, zoals oogknipperen, trekkingen met de neus, gezichtsgrimassen en schoudertrekkingen, komen frequenter voor dan vocale tics. Genoemde voorbeelden zijn enkelvoudige motorische tics, motorische tics kunnen ook meer samengesteld zijn, zoals het aanraken van voorwerpen, het maken van gebaren of rechtleggen van voorwerpen. Vocale tics kunnen tevens enkelvoudig of samengesteld zijn. Kuchen, snuiven of knorren zijn voorbeelden van enkelvoudige vocale tics, en het roepen van woorden of hele zinnen worden samengestelde vocale tics genoemd.

Prevalentie
De prevalentie van ticstoornissen zijn niet altijd eenvoudig te onderzoeken, doordat personen of de omgeving zich lang niet altijd bewust zijn van de aanwezigheid van tics. Daarnaast zijn tics niet altijd in elke context aanwezig en kunnen ze sterk wisselingen over de tijd. Het tijdelijk voorkomen van tics is behoorlijk prevalent, maar een chronische ticstoornis zoals GTS is zeldzaam. Volgens een recente epidemiologische studie uitgevoerd bij kinderen in de leeftijd van 7 tot 15 jaar, komt GTS voor bij 0,6% van de kinderen. Van een chronische motorische ticstoornis is sprake bij 0,8% van alle kinderen, en bij 0,5% van alle kinderen is er sprake van een chronische vocale ticstoornis. In totaal heeft dus bijna 2% van de kinderen tussen de 7 en 15 jaar last van chronische tics. Tics en de stoornis van Gilles de la Tourette komt bij jongens tweemaal zo vaak voor als bij meisjes.

Etiologie
Ticstoornissen, waaronder GTS, hebben een sterk genetische basis (Pauls, 2001). Bij meer dan 80% van de mensen met tics, is er sprake van een positieve familieanamnese voor tics. Er zijn tot nu toe echter nog geen genen voor GTS gevonden. Waarschijnlijk is er geen sprake van een enkel gen voor tics, maar van een complex samenspel van diverse genen die in verband staan met een verhoogde gevoeligheid voor het verkrijgen van tics, in combinatie met ongunstige omgevingsfactoren. Voorbeelden van ongunstige omgevingsfactoren zijn moeilijkheden bij de bevalling of een laag geboortegewicht (perinatale factoren), en psychosociale stress. Tics komen in alle lagen van de bevolking evenveel voor (Shapiro, Shapiro,Wayne, 1972). Dit gegeven wil zeggen dat omgevingsinvloeden in het geheel geen rol spelen. Uit de klinische praktijk is gebleken dat de ernst van tics wel duidelijk gerelateerd is aan spanningsvolle gebeurtenissen. Tot slot zijn er steeds meer aanwijzingen dat infecties met streptokokken in verband staan met het ontstaan van tics, waarschijnlijk door een auto-immuun reactie tegen bepaalde hersengebieden.

Differentiaaldiagnose
Over het algemeen levert het stellen van de diagnose weinig problemen op, omdat er bij bewegingen met een snel en plotseling karakter, die wisselen in ernst, vrijwel altijd sprake is van tics. Verwarring zou mogelijk kunnen optreden met een aantal andere bewegingsstoornissen. Daarnaast dienen tics van dwanghandelingen te worden onderscheiden. Dwanghandelingen kunnen voorkomen wanneer er sprake is van een obsessieve compulsieve stoornis.

Co-morbiditeit
Bijkomende problemen veroorzaken regelmatig meer hinder en beperkingen dan de tics zelf. Bekend is een associatie van tics met ADHD en met obsessies en compulsies. Ook internaliserende problemen, als angst en depressie en problemen in de sociale vaardigheden komen vaak geassocieerd met een ticstoornis voor.

Beloop en prognose
De beginleeftijd van tics is gemiddeld zes jaar (Comings, Comings, 1985).Een begin van tics voor het tweede en na het twaalfde levensjaar is zeer ongebruikelijk. Een kind krijgt over het algemeen niet van de een op andere dag tics. In de beginfase zijn op sommige momenten af en toe lichte tics zichtbaar, afgewisseld met ticvrije periodes. In de loop van de tijd kunnen de tics dan ofwel langzaam frequenter en krachtiger optreden, ofwel spontaan verdwijnen. De tics zijn aanvankelijk vaak alleen in het gezicht aanwezig, zoals het versterkt knipperen met de ogen. In de periode daarna hebben de tics de neiging zich richting andere delen van het lichaam uit te breiden en meer samengesteld en krachtiger te worden. Voor het bereiken van de puberteit is het beloop van tics vaak moeilijk voorspelbaar en grillig van aard. De wisselingen in symptomen nemen over de tijd vaak sterk af, waardoor het beeld veel stabieler is. Na de puberteit en in het begin van de volwassenheid nemen de tics vaak in frequentie en intensiteit af. (Bruun, Budman, Leckman e.a., 1998).

Behandeling
Een belangrijke taak is samen met de ouders en het kind vast te stellen wat de grootste hinder en belemmering oplevert; de tics zelf of eventueel aanwezige co-morbiditeit. Dit bepaald namelijk wat de belangrijkste focus van de behandeling dient te zijn. Tics hoeven niet altijd behandeling te worden, omdat tics ook onbehandeld vaak een gunstige prognose hebben. De belangrijkste elementen in de behandeling zijn psycho-educatie, het monitoren van het verloop van de tics over de tijd, gedragstherapie en medicatie. Bij psycho-educatie dient er een heldere, duidelijke uitleg gegeven te worden over de achtergrond van een ticstoornis. Aan ouders kan uitgelegd worden dat tics vaak tijdelijk onderdrukt kunnen worden, maar toch geheel onvrijwillig optreden. Het monitoren van de ernst van de tics over de tijd is zinvol omdat tics zo sterk kunnen wisselen over de tijd. Dit kan bijvoorbeeld met behulp van de ‘Yale Global Tic Severity Scale’. Met behulp van dit instrument kan door middel van een semi-gestructureerd interview de intensiteit, frequentie, de belemmering en het aantal tics van de afgelopen week in kaart worden gebracht.

1.5. Reactieve hechtingsstoornis

Gehechtheid wordt omschreven als een duurzame, affectieve band die zich in de eerste levensjaren ontwikkelt tussen een kind en de primaire verzorger. In de hechtingstheorie staat de vitale behoefte aan contact en zorg centraal, welke onafhankelijk is van de bevrediging van de basale lichamelijke behoeften. Gehechtheid uit zich in gedrag dat als doel heeft de nabijheid van de primaire verzorger te zoeken, vooral onder stressvolle omstandigheden, en in reactie op separatie van de primaire verzorger. Bepalend voor de ontwikkeling van de hechting zijn zowel kindkenmerken, zoals temperament en expressieve mogelijkheden, als de kenmerken van de verzorgers, zoals sensitiviteit en het vermogen tot reflectie. Er zijn aanwijzingen dat de basis voor de band tussen moeder en kind al door prenatale ervaringen wordt vastgelegd (Insel, 1997). Tijdens de vroege postnatale periode wordt het gedrag en de fysiologie van de baby gereguleerd door de voortdurende nauwe interactie tussen moeder en kind. Separatie van de primaire verzorger en (subtiele) vormen van verwaarlozing en deprivatie, kunnen leiden tot min of meer ernstige ontregeling (Hofer, 1996; Caldji, Diorio, Meany, 2000). De kwaliteit van vroege hechtingsrelaties geeft dan ook mede vorm aan het verdere verloop van de ontwikkeling van het kind. Een veilige hechting met verzorger in de eerste twee levensjaren wordt geassocieerd met een betere socialisatie, betere volgzaamheid ten aanzien van ouders, effectievere emotieregulatie en een cognitieve voorsprong (Goldberg, 2000). Op basis van de ervaringen met ouders of verzorgers en de mate van responsiviteit op de exploratiedrang van het kind, ontstaat een innerlijk werkmodel dat invloed uitoefent op de emotionele beleving van relaties, de cognitieve stijl, het vermogen tot reflectie, de coherentie van het denken en de werking van het geheugen. Onveilige gehechte kinderen en volwassenen hebben dus een onveilig innerlijk werkmodel van zichzelf en anderen ontwikkeld. [1]

Klinisch beeld
Gehechtheid kan grofweg in vier categorieën worden ingedeeld: veilig, onveilig of verstoord of gestoord. Onder ongunstige omstandigheden, gelegen in het kind en de verzorger, kan zich een min of meer onveilige hechting ontwikkelen en in extreme gevallen een hechtingsstoornis. Een onveilige hechting is beslist niet gelijk te stellen aan psychopathologie, en moet tevens onderscheiden worden van een hechtingsstoornis. Bij ongeveer 40- 45% van alle kinderen is er sprake van een onveilige hechting. Een onveilige hechting kan eerder gezien worden als een risicofactor voor disfunctioneren, voornamelijk bij kwetsbare individuen. Een onveilige hechting kan het beloop van kinderpsychiatrische stoornissen nadelig beïnvloeden (Cassidy, 1997; Van IJzendoorn e.a., 1997; Willemsen-Swinkels e.a., 2000). Zo wordt onder andere contact- en relatiestoornissen, aandachts- en leerstoornissen (ADHD), depressiviteit, drugsgebruik en angst- en stemmingsstoornissen in verband gebracht met een verstoorde hechting. De meer ernstige psychische problematiek, zoals borderline, anorexia en automutilatie worden ook in verband gebracht met vroege hechtingsstoornissen. Schore (1994;2003) heeft aangetoond dat kinderen die opgroeien met een gebrekkige emotionele veiligheid andere hersenen ontwikkelen. De orbitofrontale cortex van de rechter hemisfeer, het gebied in de hersenen dat geassocieerd wordt met het vermogen tot het aangaan van intieme en sociale relaties, vertoont minder synaptisering.

Het concept van onveilige hechting is gebaseerd op de ‘vreemde situatie’ procedure, in normale populaties van kinderen tot circa twee jaar. Deze procedure bestaat uit acht korte perioden van drie minuten, waarbij het kind achtereenvolgens geconfronteerd wordt met separaties van de primaire verzorger. Enkele separaties gebeuren in de aanwezigheid van een onbekende volwassene. In deze procedure kunnen de verschillen in hechtingsgedrag in vier typen onderverdeeld worden: veilig, vermijdend, afwerend/ambivalent en gedesorganiseerd. Alleen de gedesorganiseerde en in mindere mate de vermijdende hechtingstype worden duidelijk geassocieerd met psychopathologie. De regulatie van gedrag en emoties verschilt tussen de verschillende typen; onveilig gehechte kinderen zijn het best te observeren tijdens de scheiding en hereniging met de ouder. Kinderen met een veilige hechting zoeken in geval van nood, troost en steun bij de primaire verzorger, om daarna weer over te gaan op zelfstandig exploratief spel. Bij het vermijdend type gehechtheid worden emoties die gerelateerd zijn aan de behoefte aan nabijheid gedeactiveerd, bij het kind is angst niet waarneembaar, maar een vervlak affect of neutrale emotionele opstelling. Dit eventueel in combinatie zijn met overmatige exploratie en oppervlakkig spel als copingstrategie. Er is echter vastgesteld dat er wel degelijk sprake is van verhoogde stress (verhoogde cortisolrespons). Deze kinderen lijken

[1] Tijdschrift voor psychiatrie 43 (2001) door: N. Nicolai - *Hechting en psychopathologie: een literatuuroverzicht*

onverschillig en worden vaak, ten onrechte tot ‘makkelijke kinderen’ bestempeld. In werkelijkheid is het een vorm van zelfbescherming tegen de pijn van de afwijzing die het contact met de primaire verzorger oproept. Het kind heeft een mentale representatie opgebouwd van onbereikbare ouder(s).
Bij het ambivalent/afwerend type gehechtheid worden emoties daarentegen juist overmatig geactiveerd tijdens de scheiding en hereniging, wat zich uit in versterkt aanklampend gedrag en afwezige exploratie of interesse in spel. Deze kinderen zoeken wel contact met de primaire verzorger, maar zijn boos en moeilijk te troosten. Ze klampen zich enerzijds een de verzorger vast, maar weren haar anderzijds ook teleurgesteld af. Bij het gedesorganiseerd type worden inconsequente en zwak ontwikkelde strategieën gezien tijdens de stress van de separatie. Deze kinderen zijn niet in staat om op om op scheiding of dreiging adequaat te reageren. Ze vertonen vaak chaotisch gedrag en lijken overspoeld te worden door emoties die ze niet kunnen reguleren. Ze wisselen voortdurend van reactie en strategie, waardoor hun gedrag vaak doelloos en tegenstrijdig lijkt.
De criteria van de Reactieve Hechtingsstoornissen zijn, anders dan bovengenoemde classificatie van hechtingsgedrag bij normale populaties, afgeleid van onderzoek bij verwaarloosde en/of mishandelde kinderen of kinderen die in omstandigheden opgroeiden waar zij geen kans kregen een selectieve hechtingsrelatie aan te gaan. Hier ging het om jonge kinderen die forse problemen vertoonden met sociale relaties tegen de achtergrond van uitgesproken en duurzame pathogene zorg.

Binnen de DSM-IV worden er twee typen hechtingsstoornissen beschreven:

- Het Geremde type; waarbij het kind geen aanzet geeft tot of niet reageert op de meeste sociale relaties op een bij de ontwikkeling passende manier, zoals blijkt uit buitensporige geremdheid, overmatige waakzaamheid of sterk ambivalente of tegenstrijdige reacties.
- Het Ontremde type; waarbij het kind slechts oppervlakkige relaties aangaat, zoals blijkt uit kritiekloze vriendelijkheid met een duidelijk onvermogen om passende selectieve gehechtheid te tonen.

Onderscheid ‘onveilige hechting’ en ‘Reactieve Hechtingstoornis’
Er zijn duidelijke verschillen tussen een onveilige hechting en een Reactieve Hechtingsstoornis. Zo zijn de symptomen bij de Reactieve Hechtingsstoornis pervasief van aard, terwijl bij een onveilige hechting de kwaliteit van de hechting per relatie kan verschillen. De DSM-IV beschrijft bij de Reactieve hechtingsstoornis een syndroom van gedocumenteerde mishandeling en/of verwaarlozing, waardoor deze classificatie maar beperkt bruikbaar is. Bij onveilige hechting is de basis daarentegen gelegen in subtielere ongunstige eigenschappen van de primaire opvoeder(s) en het kind. In diverse onderzoeken wordt dan ook gepleit voor een verbreding van de criteria. Wanneer de verschillende concepten van gehechtheid op een continuüm wordt geplaatst, vormt de Reactieve Hechtingsstoornis een extreme en gestoorde subgroep van kinderen met een onveilige hechting.
Brisch (1999) noemt dat hechtingsgedrag, zoals dat wordt onderzocht binnen de ‘vreemde situatie procedure’, vooral reacties onderzoekt in een bijzondere situatie, namelijk de scheiding met de primaire verzorger. Bij hechtingsstoornissen treedt dit hechtingsgedrag op in dagelijkse situaties en in alle sociale en meer persoonlijke relaties. Volgens Polderman (1998) is het belangrijkste verschil tussen een onveilige hechting en een hechtingsstoornis dat een onveilige hechting niet pathologisch hoeft te zijn, terwijl een reactieve hechtingsstoornis dat per definitie wel is. Een ander verschil is dat er bij een onveilig hechting sprake is van een onzekere, maar wel selectieve hechting. Bij een hechtingsstoornis is daarentegen sprake van een onvermogen om een selectieve hechting aan te gaan. De hechtingsstoornis is dus veel ernstiger dan een onveilige hechting, en heeft waarschijnlijk een andere etiologie, verloop en prognose (o’Conner, Zeanah, 2005). Een ander duidelijk verschil tussen de onveilige hechting en de hechtingsstoornis, is het verschil in vaststellen van de diagnose hechtingsstoornis en de classificatie onveilig gehecht. De diagnose hechtingsstoornis wordt vastgesteld aan de hand van de criteria van de DSM-IV, waarin aangegeven wordt dat er sprake moet zijn van een diepgaande stoornis. De classificatie onveilige hechting is daarentegen gebaseerd op de ‘vreemde situatie procedure’, wat een vrij kort durende en met de context te maken hebbende stoornis kan betekenen (o’Connor, Zeanah, 2005).

Prevalentie
Het basisratio van het gedesorganiseerde type is 15%, zelfs in lage risico populaties (Green, Goldwyn, 2002). Het prevalentiecijfer van de reactieve hechtingsstoornis is volgens Richters en Volkmar (1994) maar 1%.

Etiologie
De zorg die een kind krijgt in zijn eerste jaren speelt een belangrijke rol bij het ontstaan van een hechtingsstoornis. Het ontbreken van een consistente en responsieve verzorger of van de mogelijkheid om een selectieve hechtingsrelatie aan te gaan, zijn etiologische factoren bij het ontstaan van een onveilige hechting c.q. hechtingsstoornis. Er bestaat echter geen lineair verband tussen de ernst van deze ongunstige factoren en de ernst van de verstoring of stoornis in de hechting. Waarschijnlijk spelen gecombineerde factoren in het kind, de verzorger en de omgeving een beschermende en/of belemmerende rol. Goldberg (2000) heeft aangewezen dat mishandelde kinderen op alle leeftijden een grotere kans hebben om onveilig gehecht te zijn. Risicofactoren die betrekking hebben op het kind zelf, zijn een moeilijk temperament en een moeilijk karakter, waardoor de ouder niet op een sensitieve en responsieve manier reageert. Momenteel wordt er onderzoek gedaan naar het al dan niet meespelen van een genetisch factor in het ontstaan van een hechtingsstoornis. Gunstige kenmerken van ouders zijn een goed ontwikkeld empathisch vermogen, een vermogen tot reflecteren en een veilige eigen representatie met betrekking tot gehechtheid, zoals kan blijken uit de kwaliteit van de huidige relaties (Goldberg, 2000; Fonagy e.a., 1991). Ongunstige kenmerken zijn psychische stoornissen bij ouders die een adequate verzorging en hechting bemoeilijken. Uit onderzoek is gebleken dat 79% van de moeders met een bipolaire stoornis een onveilig gehechte peuter hadden, tegenover 43% van de moeders met een unipolaire depressie en 18% uit een controlegroep (Goldberg, 2000). Tot slot lijkt ADHD vaker voor te komen bij hechtingsstoornissen (o'Conner e.a., 1999).

Beloop en prognose
Er is nog weinig bekend over de prognose van een onveilige hechting. De stabiliteit verschilt per onderzoek en is onder andere afhankelijk van de gebruikte methoden. In een aantal onderzoeken werd een goede overeenstemming gevonden tussen hechting in de eerste levensjaren en latere classificaties (Main, Cassidy, 1988; Wartner e.a., 1994). Anderzijds verzwakt de invloed van vroege gehechtheid met de jaren. Naast gehechtheid bepalen ook andere factoren de sociaal-emotionele ontwikkeling en de organisatie van de persoonlijkheid. Over het algemeen geldt dat de consequenties van vroege gehechtheid afhankelijk zijn van de stabiliteit en consistentie van de ouder-kindrelatie (Thompson, 1999;2002). De effecten van een onveilige hechting of een hechtingsstoornis blijken in omstandigheden van extreme verwaarlozing sterker te zijn op het gebied van de sociaal-emotionele ontwikkeling dan op de cognitieve ontwikkeling.

Behandeling
Er bestaat nog geen bewezen effectieve behandeling voor kinderen met een hechtingstoornis, aldus o'Conner en Zeanah (2005). Er zijn wel een aantal theorieën ontwikkeld en behandelingen voorgesteld. Zo zijn er interventies ontwikkeld gebaseerd op de hechtingstheorie en de prognose dat kinderen met een onveilige hechting of een hechtingsstoornis alsnog een veilige hechting kunnen ontwikkelen. Hierbij wordt uitgegaan dat een mogelijke oorzaak van een hechtingsstoornis, een geringe sensitiviteit van de ouder kan zijn. Bij deze vorm van behandeling gaat het vaak om kinderen jonger dan zes jaar. Een voorbeeld hier van is de methodiek voor de bevordering van de hechting door Polderman (1998). Zij is erg optimistisch over wat een kind met een onveilige hechting of hechtingsstoornis in kan halen na de eerste kinderjaren waarin normaal gesproken de hechting zich ontwikkeld. Polderman gebruikt bij de methode video-opnamen op de sensitiviteit en responsiviteit van (adoptie)ouders de bevorderen. Uit de klinische praktijk blijkt dat er na een kortere of langere tijd een veilige hechting tot stand kan komen. Een andere interventie voor kinderen met een hechtingsstoornis, is de holdingtherapie. Het cruciale element in deze therapie is het lichamelijk contact tussen het kind en de therapeut of ouder. Bij een holdingtherapie wordt het kind enkele minuten op schoot of op de knie vastgehouden, ook al verzet het kind daartegen. De therapeut of ouder bepaalt hierbij wanneer het intensieve contact tijdens de behandeling eindigt, en niet het kind. Er is veel kritiek geuit met betrekking tot de holdingtherapie, vanwege het fysiek en psychisch indringende karakter (o' Conner, Zeanah, 2005). Ook is het mogelijk dat de twee verschillende type hechtingsstoornissen, een andere behandeling nodig hebben. Er ontbreekt tot op heden wetenschappelijk onderzoek naar het effect van veel behandelingen (o'Conner, Zeanah, 2005).

1.6. Stemmingsstoornissen

Pas de laatste 20 jaar is het bestaan van de depressieve stoornis bij kinderen en jeugdigen in klinische settings en in de algemene bevolking uitgebreid gedocumenteerd (Kovacs, 1996). De diagnose depressie wordt nog betrekkelijk vaak ten onrechte niet gesteld, omdat de symptomen gedeeltelijk anders zijn als bij volwassenen en dus onvoldoende herkend worden als een depressie. Het doormaken van een depressie tijdens de kindertijd belemmert de ontwikkeling van met name de sociaal- cognitieve en de intermenselijke vaardigheden van het kind en het belast de ouder-kindrelatie (Coyne e.a., 1987). In vergelijking met normale kinderen brengen depressieve kinderen meer tijd alleen door en roepen negatieve reacties in contacten met anderen op. Dit gegeven maakt dat ze minder in de gelegenheid zijn om adequaat gedrag te oefenen.

Klinisch beeld
Bij een depressieve stoornis (unipolaire depressie) is er sprake van een abnormale somberheid, lusteloosheid, ongeïnteresseerdheid en een onvermogen nog ergens van te kunnen genieten. Bij veel kinderen en jeugdigen staat echter niet een depressieve stemming als symptoom op de voorgrond, maar in plaats daarvan een prikkelbare stemming. Bij andere kinderen is het verlies aan plezier in de meeste activiteiten het meest prominent aanwezig (anhedonie). Om van een depressieve stoornis te kunnen spreken, moet van één van deze en aan aantal andere symptomen, gedurende tenminste twee weken, sprake zijn. Naast de depressieve stoornis, onderscheidt de DSM-IV ook de dysthyme stoornis. Hierbij is er sprake van een depressieve en/of prikkelbare stemming, in combinatie met tenminste twee andere symptomen. Deze stemmingsstoornis is minder intens, maar de duur ervan is langer; de symptomen moet tenminste een jaar bestaan. In dit rapport wordt niet ingegaan op de bipolaire stoornis, aangezien deze stoornis in de kinder- en jeugdpsychiatrie in Nederland zelden bij kinderen onder de 12 jaar gesteld wordt.

De DSM-IV criteria biedt wel enige houvast bij het herkennen en diagnosticeren van een stemmingsstoornis bij kinderen, maar is daarnaast ook erg beperkt. De huidige aanpassingen in de criteria bestaan er uit dat er bij een depressieve episode bij kinderen en jeugdigen ook sprake mag zijn van alleen een geprikkelde stemming, in plaats van een sombere stemming. Een tweede aanpassing is dat er in plaats van gewichtsverlies ook sprake mag zijn van een niet aankomen in gewicht, zoals dat wel bij een kind in de groei verwacht mag worden.

Om een beeld te geven van de kenmerken van een depressieve stoornis bij hele jonge kinderen, worden hieronder de symptomen in twee verschillende leeftijdsfasen weergegeven.

<u>De zuigeling en de peuter</u>
Spitz (1946) schreef dat zuigelingen die plots van de moeder worden gescheiden, in een toestand terechtkomen die bij volwassenen als een depressie omschreven kan worden. Het gaat om een totale apathie, een weigering van contact en onverschilligheid tegenover de omgeving. Die toestand ontwikkelt zich in de eerste weken na de scheiding en evolueert van een fase van overvloedig huilen, naar een fase van zich vastklampen aan iedere volwassene, naar een apathische toestand. De zuigeling weigert voedsel tot zich te nemen, vermagert en heeft ernstige slaapproblemen. De ontwikkeling stopt, de eerder verworven cognitieve en motorische vaardigheden gaan verloren en de zuigeling wordt erg gevoelig voor infecties. Spitz noemde dit de ‘anaclitische depressie’. Een anaclitische depressie komt ook voor als de moeder nog wel aanwezig is, maar minder beschikbaar is voor het kind. De volgende symptomen bij zuigelingen kunnen wijzen op een depressie:

- Apathie; de zuigeling heeft nergens interesse voor, gedraagt zich troosteloos en onverschillig, zonder te klagen of te huilen.
- Motorische inertie; het kind vertoont monotoon, repetitief, bijna onbeweeglijk gedrag. De mimiek is zeer beperkt en de zuigeling reageert nauwelijks op de omgeving.
- Gebrek aan interactie; het kind reageert bijna niet op andere personen, wat tot gevolg heeft dat deze snel ontmoedigd raken. Na een tijdje proberen zij niet meer om met het kind in contact te komen.

De Diagnostic classification of mental health and development disorders of infancy and early childhood, bekend als de DC: 0-3, omschrijft de depressieve stoornis aan de hand van de volgende symptomen:

- Een patroon van een depressieve of prikkelbare stemming, in combinatie met een verlies aan interesse en/of plezier in activiteiten die zijn aangepast aan zijn/haar ontwikkeling
- Een verminderde capaciteit om te protesteren
- Bovenmatig huilen
- Een beperkt repertorium van interacties en weinig initiatief nemen.

Peuters met een depressie hebben doorgaans een emotieloze of droeve gelaatsuitdrukking. Ze zijn weinig geïnteresseerd, weinig actief en reageren nauwelijks. Daarnaast lijken ze apathisch, vertonen ze buitensporig of vreemd huilgedrag en trekken ze zich terug uit sociale situaties. De lichamelijke ontwikkeling is bij de peuter geremd en het kind klaagt over lichamelijke pijn.

De kleuter

Kleuters beantwoorden zelden aan het beeld dat men heeft van depressie, doordat ze doorgaans niet neerslachtig of gedeprimeerd lijken. De opvoeders merken veelal veranderingen in het karakter, zoals een labiele en chaotische stemming. Daarnaast vallen de volgende gedragingen op:

- Te braaf, te rustig, te instabiel of rumoerig gedrag.
- Een opvallende behoefte aan affectie
- Onstuimig, mokkend en driftig gedrag
- Regelmatig liegen en geregeld straf ontvangen
- Regelmatig 'ongelukjes' veroorzaken
- Slaapproblemen, (buik)pijn en extreme vermoeidheid
- Prikkelbare stemming en lage frustratietolerantie
- Te veel of te weinig actief
- Verlies van plezier in dingen of activiteiten die het kind voorheen wel leuk vond.[2]

Prevalentie

Over het voorkomen van de depressieve stoornis bij kinderen worden verschillende percentages gevonden. Uit epidemiologisch onderzoek blijkt dat 2-5% van de kinderen en 10-20% van de jeugdigen uit de algemene bevolking ooit een stemmingsstoornis doormaakt. Dit percentage bij kinderen komt overeen met de schatting van de American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Aangezien depressie bij kinderen nog altijd onvoldoende erkend en fout gediagnosticeerd wordt, lijkt het aannemelijk dat het percentage hoger ligt. Tijdens de kinderleeftijd komt depressie net zo vaak voor bij meisjes als bij jongens; in de adolescentie veranderd de ratio naar ongeveer tweemaal zoveel meisjes als jongens. Verder is gebleken dat hoe lager het intelligentiequotiënt van een kind is, hoe groter de kans op een depressie. Anderzijds hebben ook hoogbegaafde kinderen een grotere kans op depressie.

Etiologie

Familie-, tweeling- en adoptieonderzoeken hebben aangetoond dat zowel genetische als omgevingsfactoren een rol spelen in het ontstaan van een stemmingsstoornis. Tweelingonderzoek heeft uitgewezen dat als een helft van een eeneiige tweeling aan een stemmingsstoornis lijdt, de andere helft 65% kans heeft om eveneens deze stoornis te vertonen. Daarnaast ligt de prevalentie van depressie bij eerstegraads verwanten van kinderen met een depressieve stoornis op ongeveer 30 tot 50% (Harrington e.a., 1997; Kovacs, 1997; Todd e.a., 1993). Uit familieonderzoeken blijkt dat het percentage familieleden met een stemmingsstoornis vele malen groter is bij patiënten met zelf een stemmingsstoornis, als bij mensen uit de algemene bevolking. De hypothese is dat er een bepaalde mate van genetische kwetsbaarheid voor depressie bestaat, waarbij blootstelling aan bepaalde omgevingsstressoren of –factoren noodzakelijk bij het ontstaan van de stoornis.

Verschillende onderzoeken naar gezinnen met depressieve kinderen en jeugdigen en/of depressieve ouders hebben aangetoond dat interacties binnen deze gezinnen wordt gekenmerkt door meer conflicten, afwijzing en communicatieproblemen. Tevens is er minder sprake van emotionele ondersteuning (Kaufman, 1991; Beardslee e.a. 1996; Harrington e.a., 1997).

Daarnaast is duidelijk dat ernstige negatieve levensgebeurtenissen een depressie triggeren, in combinatie met andere factoren zoals een negatieve cognitieve stijl, een belaste familie- anamnese voor depressies en al bestaande psychopathologie (Brent e.a., 1993).

Risicofactoren bij het ontwikkelingen van een depressieve stoornis kunnen onderscheiden worden in risicofactoren in het kind en risicofactoren in de omgeving. Risicofactoren in het kind zijn een moeilijk temperament, een onveilige hechting, langdurig of ernstig ziek zijn en een negatief denkpatroon.

[2] Fever, de F.- *Kinderen met een depressie. Handboek voor opvoeding en onderwijs*- Acco, Leuven, 2001.

Voorbeelden van risicofactoren in de omgeving zijn; een onveilige omgeving, psychiatrische problematiek bij één of beide ouders, drugsgebruik of drankverslaving bij de ouder(s), gezinsconflicten, verlies van dierbaren en problemen op school.

Differentiaaldiagnose
Vee psychiatrische stoornissen kunnen gelijktijdig optreden met een stemmingsstoornis, maar er zijn ook stoornissen die erg op stemmingsstoornissen lijken. Kinderen en jeugdigen met een angststoornis, leerproblemen of ADHD, kunnen een laag zelfbeeld hebben en zich volledig ontmoedigd voelen. Een stemmingsstoornis moet in dit soort gevallen niet gediagnosticeerd worden, tenzij wordt voldaan aan alle criteria. Daarnaast kunnen concentratieproblemen en een geïrriteerde stemming ook voor verwarring zorgen, omdat deze zowel bij een depressie als bij ADHD passen. De symptomen van het Chronisch Vermoeidheidssyndroom zijn overeenkomstig aan die van depressie, maar de stemming is minder somber, er zijn meer somatische klachten en de cognitieve problemen zijn minder uitgesproken.

Co-morbiditeit
Bij kinderen en jeugdigen met een depressieve stoornis is de co-morbiditeit met andere psychiatrische stoornissen zo hoog, dat alleen een depressieve stoornis op deze jonge leeftijd nauwelijks voorkomt. De angststoornis is de meeste voorkomende co-morbide stoornis bij depressie, het percentage ligt op 40-80%. Bij kinderen komt de separatieangststoornis het meeste voor, namelijk bij 58% van de kinderen met een depressie. Tevens komt voornamelijk bij jeugdigen, co-morbiditeit met gedragsstoornissen voor.

Beloop en prognose
De drie kenmerken die het meest zijn onderzocht bij het klinische beloop van een depressieve stoornis zijn het recidiveren, het herstel en het switchen van een unipolaire depressie naar een bipolaire stoornis. Kinderen en jeugdigen met een depressieve stoornis lijken iets sneller te herstellen van een episode dan volwassenen. Daarentegen is ook gebleken dat de kans op recidive heel aanzienlijk is; in klinische populaties is een recidivekans van meer dan 70% gerapporteerd over een periode van vijf jaar. Na een tweede depressie bleek de recidivekans zelfs 100% te zijn. De dysthyme stoornis bij kinderen en jeugdigen wordt gekenmerkt door een zeer vroeg begin (bij sommige kinderen al vanaf een jaar of vijf) en een vrij langdurig beloop. De gemiddelde lengte van een dysthyme episode is bijna vier jaar en uit longitudinale gegevens blijkt dat het herstel zeer geleidelijk verloopt. Uit onderzoek komt zelfs naar voren dat het acht jaar duurt voordat 98% van de kinderen hersteld is (Kovacs, 1994).

Behandeling
Gezien het feit dat een depressieve stoornis een complexe etiologie heeft, waarbij zowel biologische en cognitief- gedragsmatige als sociologische en systeemfactoren een rol spelen, is het belangrijk dat de behandeling zich op alle gebieden richt. De behandeling kan bestaan uit medicatie, psychotherapie, psycho-educatie en interventies op sociaal gebied. Essentieel is dat de andere gezinsleden ook betrokken worden bij de behandeling van het kind. Naast het gegeven dat kinderen en jeugdigen nog afhankelijk zijn van hun ouders, komen kinderen met een stemmingsstoornis vaak uit gezinnen met een hoog percentage stemmingsstoornissen. Tevens komen er in deze gezinnen veel conflicten voor. Uit onderzoek is gebleken dat psychopathologie bij ouders en veel conflicten in het gezin, een slechtere uitkomst van de behandeling en een hoger risico op recidieven voorspellen (Warner e.a., 1992).

1.7. Angststoornissen

Angst is niet altijd het symptoom dat het meeste op de voorgrond staat bij een angststoornis. Zeker bij kinderen en jeugdigen met (onbegrepen) lichamelijke klachten, is vaak naast een eventuele somatoforme stoornis tevens sprake van een angststoornis. In veel gevallen gaat het om kinderen en jeugdigen die al enige tijd de school niet meer bezoeken. Schoolweigering is in veel gevallen een symptoom van een angststoornis, maar kan ook verband houden met een andere psychiatrische stoornis (zoals depressie). Kinderen maken lang niet altijd spontaan melding van de aanwezigheid van angstsymptomen, wat in het bijzonder geldt voor de symptomen van de paniekstoornis. Angstsymptomen zijn vaak door het kind beleefde, 'innerlijke' symptomen, die niet altijd voor de buitenwereld zichtbaar zijn. De DSM-IV omschrijft een aantal angststoornissen die bij kinderen en jeugdigen kunnen voorkomen; respectievelijk de separatieangststoornis, de gegeneraliseerde angststoornis (overmatige angststoornis in de kinderleeftijd), de sociale fobie, de specifieke fobie en de paniekstoornis (met of zonder agorafobie).

Klinisch beeld
De separatieangststoornis is de enige angststoornis die in de DSM-IV vermeldt wordt onder de rubriek 'stoornissen die meestal voor het eerst op de zuigelingenleeftijd, kinderleeftijd of in de adolescentie gediagnosticeerd worden'. Bij een separatieangststoornis staat heftige angst bij een scheiding van de primaire verzorger(s) op de voorgrond. Daarnaast is er vaak sprake van angst dat de ouders of het kind zelf iets ernstigs zal overkomen, angst om alleen te gaan slapen of angst om (alleen) naar school te gaan. In veel gevallen gaat de angst voor de scheiding gepaard met heftige lichamelijke verschijnselen, zoals braken of hoofdpijn. De gemiddelde leeftijd waarop de separatieangststoornis voor het eerst optreedt, is zeven-en-een-half jaar (Last e.a., 1992).
De gegeneraliseerde angststoornis wordt vooral gekenmerkt door piekeren, met betrekking tot het eigen gedrag in het verleden, komende gebeurtenissen en eigen vaardigheden op verschillende gebieden. Vooral bij kinderen is er grote behoefte aan geruststelling. Andere verschijnselen die kunnen optreden zijn lichamelijke klachten, rusteloos, opgewonden of geïrriteerd zijn, zich moeilijk kunnen concentreren of zich niets herinneren en moeilijkheden om in slaap te vallen of door te slapen. Veelal ontwikkelt de gegeneraliseerde angststoornis zich in de loop van de tijd in een andere angststoornis, of in een depressieve stoornis.
De sociale fobie (ook genoemd als de sociale angststoornis) wordt gekenmerkt door angst voor de kritische beoordeling door anderen. Deze angst treedt vaak op de voorgrond in situaties waarin het kind 'beoordeeld' wordt, zoals een muziekuitvoering, een spreekbeurt of het omkleden voor het gymnastieken. Bij kinderen kan deze angst zich manifesteren in de vorm van huilen of een woede-uitbarsting. Bij kinderen of jeugdigen met een sociale fobie is er vaak sprake van overmatige emotionele reactiviteit, prikkelbaarheid en eenzaamheid (Beidel, Turner, Morris, 1999). De neiging om sociale situaties te vermijden welke ontstaat door deze sociale angst, kan vergaande gevolgen hebben voor de ontwikkeling van het kind.
In het geval van een specifieke fobie is er sprake van een duidelijke en irreële vrees voor een specifieke situatie of voorwerp, met als gevolg een sterke neiging de prikkel die de vrees veroorzaakt te vermijden. Er zijn drie hoofdtypen fobieën bij kinderen en jeugdigen: het diertype, het omgevings-situationeel type en het bloed-injectie-verwondingstype (Muris, Schmidt, Merckelbach, 1999). Enkel een specifieke fobie is zelden een reden voor verwijzing naar een hulpverleningsinstelling.
Tot slot wordt de paniekstoornis gekenmerkt door het onverwacht optreden van heftige angst in combinatie lichamelijke symptomen, zoals hartkloppingen, trillen, duizeligheid of transpireren. De paniekstoornis kan al dan niet in combinatie met agorafobie optreden; de angst in een situatie te zijn waaruit men slechts met moeite kan stappen, zoals een tunnel of een trein. In de klinische praktijk wordt deze diagnose zelden gesteld bij jonge kinderen.

Prevalentie
Angststoornissen komen relatief vaak voor bij kinderen en jeugdigen, de prevalentie varieert van 2-6 %. In andere studies wordt een prevalentie van 5-10 % gevonden (Kashani, Orvaschel, 1990; Anderson, McGee, 1994). Het optreden van de verschillende angststoornis is gekoppeld aan de leeftijd en de fase van de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind (Westenberg e.a., 1999).

Etiologie
Etiologische factoren die meespelen bij het ontstaan en in standhouden van angststoornissen zijn genetische factoren, temperament, een onveilige gehechtheid, de opvoedkundige stijl (met name

overbescherming), de cognitieve informatieverwerking en life-events. Een van de bekendste risicofactoren voor het optreden van angststoornissen is een temperamenttype dat bekend staat als gedragsinhibitie. Dit temperamenttype wordt gekenmerkt door een behoedzame en angstige reactie op situaties en personen met wie het kind niet vertrouwd is. Bij kinderen van ouders met een angststoornis wordt vaker gedragsinhibitie gezien, dan bij kinderen van ouders die deze stoornis niet hebben. Daarnaast zijn er verschillende onderzoeken die een relatie aantonen tussen een onveilige hechting en een angststoornis. Dit verband is het meest duidelijk bij de separatieangststoornis en de gegeneraliseerde angststoornis. Met betrekking tot de pedagogische stijl blijkt dat de interacties van moeders met angstgestoorde kinderen een meer betrokken en een negatief karakter hebben dan de interacties van kinderen zonder psychiatrische problemen (Hudson, Rapee, 2001). Vergelijkbare bevinden kwamen echter ook naar voren bij observatie van moeders met kinderen met een oppositioneel opstandige gedragsstoornis. Daarnaast is het goed voorstelbaar dat de temperamentskenmerken van het kind op heel jonge leeftijd bijdragen tot een beschermende houding van de ouder. Tot slot heeft een onderzoek van Barrett en collega's (1996; gerepliceerd in Shortt e.a., 2001) uitgewezen dat kinderen met een angststoornis geneigd zijn neutrale stimuli als dreigend te ervaren. Deze kinderen zijn geneigd te kiezen voor niet-adaptieve coping strategieën of zij denken dat ze over geringe mogelijkheden tot coping beschikken. Daarnaast hebben angstige kinderen de neiging om selectieve aandacht te geven aan bedreigende stimuli. Dergelijke manieren van informatieverwerking dragen bij aan het in standhouden van de angststoornis.

Differentiaaldiagnose
Bij de differentiaaldiagnostiek moet vooral rekening gehouden worden met andere angststoornissen, de obsessief- compulsieve stoornis en de posttraumatische stressstoornis. In het geval van frequente lichamelijke klachten, kan een pediatrische stoornis overwogen worden. Tot slot is er een mogelijkheid dat er niet zozeer sprake is van psychopathologie, als wel van sociale problemen, een onjuiste schoolkeuze of leerstoornissen.

Co-morbiditeit
De kans dat kinderen meer dan één angststoornis hebben is aanzienlijk. Het is denkbaar dat de aanwezigheid van een angststoornis een risicofactor is op zich is voor het optreden van een andere angststoornis, maar het is ook mogelijk dat aan de verschillende angststoornissen eenzelfde etiologie en dezelfde risicofactoren ten grondslag liggen. Angststoornis komen vaak ook gelijktijdig voor met andere psychiatrische stoornissen, zoals een depressieve stoornis, ADHD en gedragsstoornissen. Bij jeugdigen wordt ook regelmatig een co-morbiditeit met afhankelijkheid of misbruik van alcohol gezien.

Beloop en prognose
Gegevens over het verloop van angststoornis zijn niet altijd eenduidig. Een angststoornis kan nogal eens van gedaante veranderen en overgaan in een andere angststoornis. Bij kinderen met zowel een angststoornis als een depressieve stoornis, blijkt de angststoornis doorgaans voorafgegaan te zijn aan de depressieve stoornis. De kans op persistentie is bij een enkelvoudige angststoornis kleiner, dan wanneer er sprake is van co-morbide stoornissen. De resultaten van lange termijn follow-up onderzoeken wijzen uit dat de kans op een psychiatrische stoornis op de volwassen leeftijd veel groter is bij personen die in de jeugd een angststoornis hadden.

Behandeling
Cognitieve gedragstherapie, individueel of in groepsverband, wordt vaak ingezet bij de behandeling van kinderen met een angststoornis. Individuele behandeling van het kind kan gecombineerd worden met een programma voor de ouders, gericht op het omgaan van de ouders met de eigen angst of met de angst van het kind. Medicatie kan ingezet worden wanneer psychosociale vormen van behandeling niet effectief zijn gebleken.

1.8. Selectief mutisme

Selectief mutisme is een stoornis waarbij psychisch gezonde mensen zichzelf dwingen te zwijgen, waarbij de term ‘selectief’ duidt op de keuze om niet te spreken. Het niet spreken is geen willekeurige keuze, maar treedt dus selectief op gekoppeld aan bepaalde sociale situaties. De situatie waarin het kind niet spreekt is meestal school, terwijl het kind thuis kan praten. Het niet spreken in bepaalde situaties gaat vaak samen met onder problemen. Zo heeft onderzoek uitgewezen dat bij 68,5% van de kinderen met selectief mutisme er tevens sprake is van een ontwikkelingsachterstand of –stoornis, bij 30-65% een taalachterstand of –stoornis en bij 18-65% een motorische achterstand op stoornis.

Klinisch beeld
In de DSM-IV wordt selectief mutisme omschreven als een stoornis optredend in de kinderleeftijd, die gekarakteriseerd wordt door een consequente keuze niet te spreken in bepaalde sociale situaties waarbinnen er verwacht wordt dat er wel gesproken wordt. Ondanks dat het kind in deze situatie (meestal school) niet spreekt, spreekt het kind wel in andere situaties. Momenteel wordt selectief mutisme in de DSM-IV nog gerubriceerd onder ‘andere stoornissen van zuigeling-, peuter-, kindertijd of adolescentie’. Veel auteurs en clinici pleitten er echter voor om selectief mutisme op te vatten als een angststoornis, aanvangend in de kinderleeftijd.

Selectief niet praten kan op alle leeftijden voorkomen in nieuwe of ongewone/onverwachte situaties. Aan de andere kant kan mutisme als symptoom voorkomen bij verschillende ontwikkelings- of psychiatrische stoornissen, zoals ASS, schizofrenie, sociale fobie, depressie, verstandelijke handicap en doofheid (Leonard, Dow, 1995; Remschmidt e.a., 2001). Selectief mutisme begint meestal tussen het derde en vierde levensjaar. Aanvankelijk wordt vaak gedacht dat er sprake is van normale verlegenheid. Het idee dat er meer aan de hand is, ontstaat vaak wanneer het kind voor het eerst naar school gaat. Onderzoek laat zien dat er tijdelijke en persistente vormen van selectief mutisme zijn. Selectief mutisme bij de schoolgang is voor de grootste groep voorbijgaand, maar blijft bij een kleine groep kinderen bestaan (Leonard, Dow, 1995). Het selectief mutisme treedt vaak op de in de context van school en de interacties met leeftijdsgenootjes en is minder vaak in bijna alle sociale situaties aanwezig. In ernstige gevallen van selectief mutisme wordt enkel gecommuniceerd met enkele huisgenoten en soms dan alleen nog in de vertrouwde context van het huis als er geen derden bij zijn. Bij het stellen van de diagnostische classificatie geeft de DSM-IV aan dat er ten minste langer dan een maand sprake dient te zijn van de symptomatologie. Bij de meeste kinderen met selectief mutisme is er tevens sprake van extreme verlegenheid, angstig zijn (vooral in publieke situaties), problemen wat betreft sociaal contact, schoolweigering, broekpoepen en/of plassen, een vertraagde spraakontwikkeling, moeilijkheden in de articulatie, controlerende en obsessief- compulsieve gedragingen en oppositioneel en negativistisch gedrag. Andere onderzoeken wijzen ook op een verband met levensgebeurtenissen en traumatische ervaringen. Het niet spreken in bepaalde situaties in combinatie met andere problemen is een ontwikkelingsbelemmering met veel nadelen voor het kind: het beperkt de mogelijkheden buiten het eigen huis, heeft een negatief effect op het gezin en op de sociale relaties en het kan de ontwikkeling van autonomie en identiteit blokkeren.

Prevalentie
De prevalentie van selectief mutisme varieert van 0,8% tot 1,8% per 1.000 kinderen. Alle onderzoeken laten zien dat selectief mutisme, in tegenstelling tot de meeste andere psychiatrische stoornissen van de kinderleeftijd, meer voorkomt bij meisjes dan bij jongens. Dit ondanks het feit dat meisjes vroeger zijn met hun taalontwikkeling en sneller zijn in hun verbale vaardigheden in vergelijking met jongens.

Etiologie
De specifieke etiologie van selectief mutisme is nog onbekend, maar lijkt multifactorieel (Kristensen, Torgersen, 2001). Dow en collega’s (1995) achtten het waarschijnlijk dat selectief mutisme kan optreden bij een verlegen, geremd temperament, mede beïnvloed door psychodynamische en psychosociale factoren en soms samengaand met neuropsychologische ontwikkelingsachterstanden. Over de invloed van genetische factoren is nog niets bekend, maar duidelijk is dat er wel sprake is van een familiaire belasting. Ouders hebben vaak een eigen voorgeschiedenis van extreme verlegenheid, timide zijn, sociale fobie of selectief mutisme (Black, Uhde, 1992). De gezinnen van kinderen met selectief mutisme worden vaak als geïsoleerd en verlegen getypeerd. Hayden (1980) onderscheidt verschillende subtypen van selectief mutisme; symbiotisch mutisme (een symbiotische band met de

primaire verzorger), het reactieve type, het passief-agressieve type en het spraakfobisch mutisme (de fobische angst om de eigen stem te horen).

Differentiaaldiagnose
Het is belangrijk om te onderzoeken of het mutisme niet optreedt als secundair fenomeen bij een bredere ontwikkelings- of psychiatrische stoornis, zoals een verstandelijke handicap of pervasieve ontwikkelingsstoornis. Daarnaast is een taal- en/of spraakstoornis ook een differentiaaldiagnose, maar moet voorzichtigheid worden geboden bij het te makkelijk vaststellen van een spraak/taalstoornis bij kinderen met selectief mutisme.

Co-morbiditeit
Selectief mutisme komt vaak in combinatie voor met een ontwikkelingsachterstand of –stoornis, een taalachterstand of –stoornis en een motorische achterstand. Daarnaast worden er bij kinderen met selectief mutisme veel angstklachten waargenomen, waarbij er bij sommige kinderen tevens een angststoornis wordt gediagnosticeerd.

Beloop en prognose
Bij zowel behandelde als niet-behandelde kinderen wordt er een remissie van gemiddeld 74% gezien. In andere onderzoeken is het remissiepercentage lager, respectievelijk 40%. Secundaire problemen kunnen blijven, zoals afhankelijk zijn, minder zelfvertrouwen tonen, minder rijp en gezond zijn en minder op schoolprestaties gericht zijn.

Behandeling
Veelgebruikte behandelmethoden zijn psychodynamische individuele therapie, gedragstherapie en gezinstherapie. Powell en Dalley (1995) geven de voorkeur aan een multimodale behandeling, ofwel de combinatie van leertherapie, speltherapie en gezinstherapie. Medicatie gericht op angstklachten zijn effectief gevonden bij de meerderheid van de kinderen, waarbij er een vermindering van angst en toename van spraak in publieke situaties worden opgemerkt.

Bronnen:

- Verhulst, F.C., F. Verheij, R.F. Ferdinand (red.)- *Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Psychopathologie*- Assen, 2003.
- Verhulst, F.C.- *Inleiding in de kinder- en jeugdpsychiatrie*- Assen, 2002.
- Verhulst F.C., F. Verheij (red.)- *Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Onderzoek en diagnostiek*- Assen, 2000.
- Landelijk Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie: http://www.kenniscentrum-kjp.nl