

Jeugdhulp en de lessen uit Australië

Bijna dagelijks lezen we de krantenkoppen over het aantal gemeenten dat nog niet klaar is met het inkopen van de jeugdzorg en de problemen die dat met zich meebrengt voor de betrokken instellingen en kinderen/ouders die om hulp vragen. En hoe belangrijk het goed regelen van de overgang van zorg naar gemeentelijke verantwoordelijkheid ook is, de echte uitdagingen liggen veeleer op inhoudelijk en organisatorisch vlak (transformatie). We geven in dit artikel inzicht in knelpunten en kansen in de jeugdhulp op basis van de nieuwe Jeugdwet,¹ en kijken naar de lessen die Nederland kan trekken uit de ervaringen in Australië.

Door: F. van Mierlo en R. van der Zanden



Frans van Mierlo



Rianne van der Zanden

In tegenstelling tot de meeste somatische ziektebeelden treffen psychische problemen vooral jeugdigen. Het blijkt dat driekwart van het psychisch leed zich voor het eerst manifesteert voor de 24-jarige leeftijd en de helft voor de leeftijd van 14 jaar (Kessler et al., 2005). Daarnaast blijkt dat psychische problemen bij jeugdigen vrijwel altijd gepaard gaan met andere problemen: werkloosheid, schoolproblemen, problemen in de thuissituatie, crimineel gedrag, zwakbegaafdheid en middelenmisbruik. Psychische problemen op jonge leeftijd voorspellen psychische problemen op latere leeftijd. Lange-termijneffecten van psychische stoornissen worden verergerd door te laat of geen hulp zoeken (De Giralomo et al., 2012). Effectieve en vroege interventies op jeugdige leeftijd zijn dus noodzakelijk.

Psychische gezondheid van jeugdigen

Hoe staat het met de psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd anno nu en welke trends zijn er? Het psychosociaal welbevinden van de Nederlandse leerlingen (11 t/m 16 jaar) is positief tot zeer positief in vergelijking met jongeren in andere landen (De Looze et al., 2014). Probleemgedrag en ongezonde leefstijl

nemen toe naarmate de jongeren ouder worden. Verder is het profiel van vmbo-leerlingen en van leerlingen uit onvolledige gezinnen over de hele linie veel minder gunstig dan dat van leerlingen in hogere onderwijsniveaus en volledige gezinnen. Tot slot ervaren jongeren uit de minst welvarende gezinnen minder sociale steun, hebben zij een ongezondere leefstijl en ervaren zij meer psychosomatische klachten en minder welbevinden.

Er zijn de volgende trends te onderscheiden (resultaten 2013 t.o.v. 2009):

- middelengebruik neemt af;
- pestgedrag neemt af;
- ervaren steun door ouders neemt toe;
- psychosociale problemen nemen toe (onder meisjes);
- welbevinden onder jongeren neemt iets af;
- psychosomatische klachten nemen iets toe.

De afname van pestgedrag hangt waarschijnlijk samen met de invoering van pestprotocollen in het onderwijs. De meest overtuigende trend is echter een sterke daling in middelengebruik onder jongeren. Als oorzaak hiervan worden de stringenter wettelijke maatregelen voor alcoholgebruik onder jongeren genoemd en de

ermee gepaard gaande maatschappelijke discussies, voorlichting en preventie. De (lichte) toename van psychosociale problemen bij jongeren (zie hierboven) is ook opmerkelijk en verdient nadere aandacht, mede gezien de maatschappelijke signalen van toename van burn-out onder jongeren (*Algemeen Dagblad*, 11-9-2014).

Kijken we naar de jongvolwassenen van 18 t/m 25 jaar, dan zien we dat depressie in deze leeftijdscategorie meer voorkomt dan in iedere andere leeftijdscategorie (De Graaf et al., 2010). Tegelijk tonen cijfers van het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg aan dat deze leeftijdscategorie minder de huisarts bezoekt voor de genoemde psychische klachten dan alle andere leeftijdscategorieën (Van der Zanden et al., 2014) en dat slechts een minderheid van de jeugdigen met een psychische stoornis de gewenste zorg krijgt (Zwaanswijk et al., 2011). Ondersignalering door hulpverleners (Zwaanswijk et al., 2011), maar ook onderschatten en ontkennen van problemen, weinig vertrouwen in het nut van hulpverlening, gebrekkige kennis over (gevolgen van) psychische problemen en angst voor stigmatisering bij de jongeren (Vanheusden et al., 2008) spelen hierin een belangrijke rol.

De kern van de transformatie

Bij de gemeentelijke verantwoordelijkheid gaat het niet alleen om een transitie (verleggen van de financiële verantwoordelijkheid) maar ook om een transformatie van het huidige jeugdzorgsysteem. Deze transformatie vindt plaats om de verkokering, de medicalisering en de alsmäär stijgende kosten tegen te gaan. De transformatie is gericht op een significante gedragsverandering bij zowel hulpvragenden als hulpverleners en gaat uit van de mogelijkheden van mensen. Ze wordt in gang gezet om te komen van 'recht hebben op ondersteuning' naar eigen verantwoordelijkheid nemen: wat kan ik (nog) zelf en wat wil ik weer kunnen? Hulpverleners en gemeenten zijn nu vaak nog geneigd om problemen voor burgers op te lossen. Met de transformatie is ondersteuning erop gericht dat mensen zo veel mogelijk zelfstandig of met hulp van hun directe omgeving kunnen participeren: het in eigen kracht zetten van burgers. Het gaat hier om een integrale aanpak binnen het sociaal domein. Samenwerking tussen burgers, professionals en vrijwilligers op het gebied van wonen, welzijn en zorg is dan van essentieel belang.

De stip op de horizon

Nergens in Europa worden zoveel kinderen uit huis geplaatst, nergens verblijven meer kinde-

ren en jeugdigen in gesloten inrichtingen: 5 x zo veel als in Duitsland, 7 x zo veel als in Frankrijk, 28 x zo veel als in België (Van Roijen, 2011). Dit geeft aan dat de Nederlandse jeugdzorg voor verbetering vatbaar is. Een van de oorzaken – en misschien wel de belangrijkste – is een gefragmenteerd systeem van jeugdzorg. Dat systeem is (tot en met 2014) ingedeeld in sectoren: preventieve jeugdgezondheidszorg, lokale opvoed- en opgroei-ondersteuning, provinciale jeugdzorg, jeugd GGZ en jeugd-verstandelijke beperkten. Deze verschillende sectoren kennen hun eigen wetten en regels. De uitvoering is bovendien grotendeels sectoraal georganiseerd.

De transitie (met als basis de Jeugdwet 2014) maakt het makkelijker om intersectoraal te gaan werken. Dat is in het belang van kinderen en ouders: hun problematiek beperkt zich vaak niet tot één leefgebied. Verder kent het jeugd-stelsel nu een indeling in zorgniveaus, oplopend in zorgzwaarte. We spreken van nulde-, eerste- en tweedelijnszorg. Daartussen zitten schotten en indicaties die de inzet van dure zorg moeten beperken, maar dit systeem werkt niet goed. Het gebruik van duurdere tweedelijnsvoorzieningen stijgt en de indicatieprocedures zijn bureaucratisch en tijdrovend. Integrale zorg kan alleen tot stand komen als professionals vanuit verschillende disciplines en sectoren samenwerken ten behoeve van 1 gezin, 1 plan, 1 hulpverlener. Professionals bekijken de opgroeisituatie van een kind in samenhang en betrekken, als ouders dat zelf niet kunnen of willen, andere professionals bij het verhelderen of beantwoorden van de hulpvraag. Die gewenste situatie is de stip op de horizon, maar zover is het nog niet.

Wat is bekend?

De gemeenten zijn druk bezig met de herstructurering van de jeugdhulp in Nederland. Hoewel het overgrote deel van de Nederlandse jeugdigen gelukkig en gezond is, zijn er vooral in de groepen met lagere opleiding en onvolledige gezinnen ook kinderen met psychische problemen.

Wat is nieuw?

Het transformatieproces van de jeugdhulp staat nog in de kinderschoenen. Er is een lange lijst met knelpunten en uitdagingen waar gemeenten en zorgaanbieders voor staan. Ervaringen uit Australië laten zien dat er voldoende perspectief is voor het oplossen van de knelpunten.

Wat kun je ermee?

De lijst met uitgangspunten kunnen zorginstellingen, beroepsgroepen, gemeenten, jeugdigen en opvoeders als toetssteen nemen bij de inrichting van de jeugdhulp onder de nieuwe Jeugdwet. Onderzoeksinstituten kunnen de knelpuntenlijst gebruiken bij prioritering van jeugdhulp onderzoek.

Lessen uit Australië

Zoals boven aangegeven biedt de transformatie kansen voor verbetering van de jeugdhulp in Nederland. Een belangrijk knelpunt is echter de knip in financiering tussen gemeente (voor kinderen tot 18 jaar) en de zorgverzekeraar (voor jongeren vanaf 18 jaar). We weten dat de meeste psychische stoornissen hun wortels hebben in de tienerjaren tot de leeftijd van 25 jaar. Door deze knip in financiering sluit de nieuwe jeugdhulp niet aan op dit gegeven en wordt de continuïteit van zorg voor de leeftijdsgroep tot 25 jaar in gevaar gebracht. In Australië heeft men, op basis van het belang van continuïteit van zorg, op gemeentelijk niveau Early Intervention Centers opgericht, die hulp bieden aan jongeren van 12 tot 25 jaar (McGorry et al., 2013). Een aantal belangrijke lessen voor de inrichting van de jeugdhulp in Nederland valt te ontleen aan de Australische ervaringen.

1. Alle segmenten van de jeugdhulp dienen zich te committeren aan gezondheidsbevordering en preventie als leidend gedachtegoed.
2. De jeugdhulp dient ervoor te zorgen dat zij kinderen en jeugd vroeg in beeld hebben en zo vroeg mogelijk hulp bieden. Dit alles dient gekoppeld te zijn aan een webbased dienstverlening.
3. Dienstverlening is evidence-based en/of volgt het best-practiceprincipe.
4. Effectieve strategische samenwerkingsrelaties tussen het generalistische en specialistische domein moeten worden ontwikkeld.
5. Er is focus op herstel en hoop: interventies dienen zich te richten op hoop, gezondheid en autonomie en moeten voor adolescenten een educatieve en beroepsgeoriënteerde component bevatten.
6. Jongeren worden betrokken bij de planning en implementatie van de dienstverlening zodat deze zo goed mogelijk aansluit bij hun behoeften.
7. Er zijn voldoende mogelijkheden voor de participatie van het sociale netwerk van de jongeren.
8. Er zijn gekwalificeerde professionals in alle segmenten van de jeugdhulp.

We menen dat deze acht uitgangspunten een belangrijk richtinggevend kader kunnen zijn voor de invulling van de transformatie van de Nederlandse jeugdhulp anno 2015. Met behulp van deze uitgangspunten kan elke gemeente en elke zorgaanbieder toetsen in hoeverre de transformatie de gewenste richting opgaat en welke onderdelen van het transformatieproces nog verbetering behoeven.

Noot

- 1 In de nieuwe Jeugdwet wordt in plaats van de overkoepelende term jeugdzorg de term jeugdhulp gebruikt.

Literatuur

- Birchwood, M. en S.P. Singh, Mental health services for young people: matching the service to the need, *British Journal of Psychiatry*, 2013; 202, s1-2.
- De Girolamo, G., Dagani, J., Purcell, R., Cocchi, A. en P. McGorry, Age of onset of mental disorders and use of mental health services: needs, opportunities and obstacles, *Epidemiologic Psychiatric Science*, 2012; 21(1): 47-57.
- Graaf, R. de, Have, M. ten en S. van Dorsselaer, *De psychische gezondheid van de Nederlandse bevolking: NEMESIS II: Opzet en de eerste resultaten. [The mental health of the Dutch population: NEMESIS II: Design and first results]*, Trimbos Institute, Utrecht, 2010.
- Kessler, R., Berglund, P., Jin, R., Merikangas, K. en E. Walters, Lifetime prevalence and age of onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication, *Archives of General Psychiatry*, 2005; 62 (7): 768.
- Looze, M. de, Dorsselaer, S. van, Roos, S. de, Verdurmen, J., Stevens, G. et al., *HBSC 2013. Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland*, Universiteit van Utrecht, Utrecht, 2014.
- McGorry, P., Bates, T. en M. Birchwood, Designing youth mental health services for the 21st century: examples from Australia, Ireland and the UK, *British Journal of Psychiatry*, 2013; 202, s30-35.
- NIVEL, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (2010). Incidentie en prevalentie in de huisartspraktijk [Incidence and prevalence in General Practice] <http://www.nivel.nl/incidentie-en-prevalentiecijfers-in-de-huisartsenpraktijk>.
- Rojien, M. van, Jeugdgevangenissen kunnen dicht, bewijst Zweden. *Jeugd en Co*, 2011; 1, 16-20.
- Vanheusden, K., Mulder, C.L., Ende, J. van der, Lenthe, F.J. van, Mackenbach, J.P. en F.C. Verhulst, Young adults face major barriers to seeking help from mental health services, *Patient Educ Couns*, 2008, 73 (1): 97-104.
- Zanden, A.P. van der, Master your mood. Online depression treatment for adolescents and young adults: effectiveness, mechanisms of change and language use as psychological marker, dissertation, VU University Press, Amsterdam, 2014.
- Zwaanswijk, M., Verdijk C.E. en R.A. Verheij, Child and adolescent mental health care in Dutch general practice: time trend analysis, *BMC Family Practice*, 2011, 12: 133.

Informatie over de auteurs:

Drs. Frans van Mierlo is sociaal pedagoog/andragoog en senior wetenschappelijk medewerker bij het Trimbos-instituut. Daarnaast bekleedt hij diverse adviesfuncties. Zo is hij onder andere adviseur van de gemeente 's-Hertogenbosch voor de transitie en transformatie van de jeugdhulp.

Dr. Rianne van de Zanden is orthopedagoog en senior wetenschappelijk medewerker bij het Trimbos-instituut. Zij promoveerde in 2014 op het proefschrift *Online depression treatment for adolescents and young adults: effectiveness, mechanisms of change and language use as psychological marker*.