

Deze bijlage hoort bij de ThiemeMeulenhoff- uitgave (isbn 978 90 069 7800 1) :

Als opvoeden niet vanzelf gaat

Orthopedagogiek in de praktijk

Liesbeth van Hoof
Marleen de Vries

Bijlage I

Gemeentelijke en bovengemeentelijke voorzieningen

I.1	Gemeentelijke voorzieningen	4
I.1.1	Pedagogische basisvoorzieningen	4
I.1.2	Centrum voor Jeugd en Gezin	5
I.1.3	Zorgvormen in het onderwijs	6
I.1.4	Jeugdgezondheidszorg	7
I.1.5	Maatschappelijk werk	9
I.2.	Bovengemeentelijke voorzieningen	9
I.2.1	MEE	10
I.2.2	Integrale vroeghulp	11
I.2.3	Halt	11
I.3	Overige voorzieningen	12
I.3.1	Preventieactiviteiten van GGZ-jeugd	12
I.3.2	Ziekenhuizen	13
I.3.3	Eerstelijnspraktijken	14
	Literatuur	15
	Register	16

Daniël van 14 wordt gepest. Moeder maakt zich zorgen, vooral omdat ze het idee heeft dat het probleem op school niet serieus wordt genomen. Ze ziet dat Daniël ongelukkig is, maar hij wil niet dat ze zich met hem bemoeit. Hij maakt zelf wel uit wat hij doet, zegt hij.

Intussen ziet moeder steeds vaker dat hij spullen kwijt is of dat ze kapot zijn gemaakt. Hij is zelfs een keer thuisgekomen met zijn nieuwe jas kapotgescheurd.

Op de website van het pas opgerichte Centrum voor Jeugd en Gezin ziet moeder een link met www.pestweb.nl. Ze heeft echter niet zoveel aan de tips die ze daar vindt. Ze heeft naar haar gevoel al zo vaak geprobeerd zijn gevoelens ‘bespreekbaar te maken’. Daniël staat daar niet bepaald voor open.

Ze besluit maar eens naar het Centrum toe te gaan. Ze wordt ontvangen door iemand van de GGD. Na een prettig gesprek waarin moeder uitgebreid haar zorgen kan uiten, kan er uiteindelijk een aantal belangrijke stappen worden genomen. Moeder gaat opnieuw praten met de mentor, die daarop besluit een project te starten met de klas. Daniël is bereid eens te gaan kijken of de training sociale vaardigheden van de GGD iets voor hem is.

Moeder is opgelucht, maar haar zorgen zijn niet weg. Daniël is altijd een kwetsbaar kind geweest. Maar als dit niet helpt, weet ze dat ze voor advies terecht kan bij het Centrum voor Jeugd en Gezin.

Het kabinet Balkenende IV (Programmaministerie voor Jeugd en Gezin, 2007-2010) heeft veel aandacht besteed aan de organisatie en versterking van het gemeentelijke en bovengemeentelijke aanbod van jeugdzorg en jeugd beleid. Ook de aansluiting tussen het gemeentelijk jeugd beleid en de provinciale jeugdzorg werd georganiseerd. Het was vooral de bedoeling dat het preventieve jeugdzorgaanbod werd versterkt. Het uitgangspunt daarbij was dat alle kinderen gezond en voorspoedig moeten kunnen opgroeien in een veilige omgeving (Programmaministerie voor Jeugd en Gezin, 2007). De gemeenten werden verantwoordelijk voor een goede samenhang en samenwerking met de provinciale jeugdzorg, die zich richt op de zwaardere en meer complexe problemen.

In aansluiting op deze ontwikkeling is de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in 2007 van belang. Deze wet gaat ervan uit dat alle burgers moeten kunnen meedoen aan alle facetten van de samenleving, al dan niet geholpen door hun eigen netwerk. Als dat niet lukt, ondersteunt de gemeente, met behulp van de mogelijkheden die de Wmo biedt.

De wet kent negen prestatievelden (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2010):

- 1 het bevorderen van de sociale samenhang in en leefbaarheid van dorpen, wijken en buurten;
- 2 op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen met problemen met opgroeien en van ouders met problemen met opvoeden;
- 3 het geven van informatie, advies en cliëntondersteuning;
- 4 het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers;
- 5 het bevorderen van deelname aan het maatschappelijk verkeer en van het zelfstandig functioneren van mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en van mensen met een psychosociaal probleem;
- 6 het verlenen van voorzieningen aan mensen met een beperking of een chronisch psychisch probleem en aan mensen met een psychosociaal probleem, ten behoeve van het behoud van hun zelfstandig functioneren of hun deelname aan het maatschappelijk verkeer;
- 7 het bieden van maatschappelijke opvang, waaronder vrouwenopvang;
- 8 het bevorderen van openbare geestelijke gezondheidszorg;
- 9 het bevorderen van verslavingsbeleid.

Het tweede prestatieveld (op preventie gerichte ondersteuning van jeugdigen en hun ouders) is gericht op situaties waarbij sprake is van een verhoogd risico op ontwikkelingsachterstand of uitval (zoals schooluitval of criminaliteit). Het omvat vijf functies:

- informatie en advies;
- signaleren van problemen;
- toegang tot het hulpaanbod;
- licht-pedagogische hulp (waarvoor geen indicatie nodig is);
- coördinatie van zorg op lokaal niveau.

In deze bijlage wordt beschreven, hoe deze functies vorm krijgen in gemeentelijke en bovengemeentelijke voorzieningen. Daarna komen andere laagdrempelige voorzieningen aan de orde.

Keten van de jeugdzorg			
	Voorzieningen	Overheid	Functie
'Nulde' lijn	Pedagogische basisvoorzieningen: <ul style="list-style-type: none"> • scholen • kinderopvang • jeugdverenigingen • welzijnswerk/jongerenwerk 	Gemeentelijk	Het gewone opvoeden en opgroeien
			Primaire/algemene preventie
Eerste lijn: huisarts eerstelijns- praktijken	<ul style="list-style-type: none"> • Centra voor Jeugd en Gezin • Zorgvormen in het onderwijs/ZAT • Jeugdgezondheidszorg • maatschappelijk werk 	Gemeentelijk	Signalering
		<ul style="list-style-type: none"> • MEE • Integrale Vroeghulp • Halt 	Bovengemeentelijk

Figuur I.1 Keten van jeugdzorg

I.1 Gemeentelijke voorzieningen

De preventieve functies in de gemeentelijke jeugdzorg en de trend om de zorg voor jeugd 'naar voren te bewegen' vanuit de zwaardere voorzieningen naar lichtere, worden vormgegeven binnen het aanbod dat in deze paragraaf wordt beschreven.

I.1.1 Pedagogische basisvoorzieningen

De pedagogische basisvoorzieningen zoals scholen, kinderopvang, jeugdverenigingen, welzijnswerk en jongerenwerk vormen naast het gezin de context waarbinnen kinderen en jongeren opgroeien en belangrijke ervaringen opdoen. Deze voorzieningen hebben dan ook een belangrijke functie bij hun ontwikkeling en spelen tevens een grote rol bij de preventie en signalering van problemen op dat gebied. De mogelijkheden van deze voorzieningen worden steeds meer ingezet in het kader van jeugdwelzijn en jeugdzorg.

I.1.2 Centrum voor Jeugd en Gezin

In alle gemeenten in Nederland worden momenteel Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) opgericht. De centra zijn bedoeld als 'laagdrempelige inlooppunten' waar ouders en jongeren terecht kunnen met hun vragen. Ook worden er lokale functies en taken op het gebied van gezondheid, opgroeien en opvoeden bij kinderen en jongeren van 0 tot 19 jaar gebundeld en gecoördineerd. De centra bieden informatie, advies, ondersteuning en hulp op maat en kunnen als vraagbaak dienen voor professionals. Zo nodig kan het centrum ook 'bemoeizorg' regelen. Dit is ongevraagde zorg voor ouders en kinderen, als bij het kind een bedreiging van de gezondheid is geconstateerd. Het gaat met name om ouders of jongeren die via de gewone wegen slecht bereikt kunnen worden voor hulp. Dat kan zijn omdat mensen zelf de weg naar hulp niet kennen of omdat ze geen hulp willen.



Voor het inzetten van bemoeizorg kan gebruik worden gemaakt van de signalen van een Verwijsindex of het Elektronisch Kinddossier. Het Elektronisch Kinddossier bevat informatie over de gezondheid en ontwikkeling van kinderen in Nederland. Het wordt gebruikt door instellingen in de jeugdgezondheidszorg. De Verwijsindex is eveneens een digitaal systeem. Het brengt risicomeldingen van hulpverleners over jongeren landelijk bij elkaar.

De overheid heeft een basismodel opgesteld voor de oprichting van een Centrum voor Jeugd en Gezin. De gemeenten kunnen het centrum vervolgens zelf inrichten naar de specifieke gemeentelijke situatie en behoeften. In het algemeen maakt de jeugdgezondheidszorg, waaronder de consultatiebureaus, deel uit van de Centra voor Jeugd en Gezin.

Dit kan worden aangevuld met:

- kinderopvang, peuterspeelzaal, voor- en vroegschoolse educatie;
- leerplichtambtenaren;
- ontwikkelingen brede school en passend onderwijs;
- welzijnswerk: algemeen maatschappelijk werk, jongerenwerk en straathoekwerk;
- eerstelijnszorg, zoals huisarts, kraamzorg, verloskunde;
- jeugd-GGZ;
- gemeentelijke dienst Werk & Inkomen, waaronder een jeugdloket;
- schuldhulpverlening;
- politie en justitie (Halt).

De centra hebben een belangrijke taak wat betreft het schakelen tussen voorzieningen op het gebied van jeugdbeleid, gezondheidszorg, jeugdzorg en scholen. Er zijn contacten met voorzieningen als peuterspeelzalen, kinderopvang, jongerenclubs en sportvoorzieningen. Bij problemen zijn er korte lijnen naar hulpverlenende voorzieningen, waaronder de Bureaus Jeugdzorg, maar ook de huisarts. Met het onderwijs zijn verbindingen via de Zorg- en Advies-teams ofwel ZAT's (zie I.1.3).

In 2008 zijn de eerste Centra voor Jeugd en Gezin van de grond gekomen. In 2011 moet er een landelijk dekkend netwerk van deze centra bestaan.

Meer informatie is te vinden op de site: www.samenwerkenvoordejeugd.nl.

I.1.3 Zorgvormen in het onderwijs

Veel opvoedings- en ontwikkelingsproblemen worden voor het eerst gesignaleerd binnen het onderwijs. Om zo goed mogelijk te signaleren en om vervolgens goed te kunnen inspelen op de mogelijke problemen, zijn er binnen het onderwijs regelingen getroffen in de vorm van een 'zorgstructuur'. In het basisonderwijs kunnen bijvoorbeeld screeningslijsten worden ingezet en krijgen leerlingen met problemen extra aandacht via een leerlingvolgsysteem en een handelingsplan. De functie van intern begeleider is hierbij belangrijk. De intern begeleider is verantwoordelijk voor de leerlingenzorg en het uitzetten van lijnen voor de pedagogische en didactische aanpak binnen de school.

Op scholen voor voortgezet onderwijs wordt extra aandacht gegeven aan leerlingen via de mentor en leerlingbegeleiding. Ook een schoolmaatschappelijk werker kan hier een rol in ver-

vullen. Een groot aantal scholen biedt de mogelijkheid van trainingen, zoals faalangstraining, of een huiswerkklas. Vaak is ook een zorgcoördinator aanwezig, die mentoren en docenten kan ondersteunen en de schakel kan vormen naar de zorg buiten de school. Daarnaast zijn er bovenschoolse ondersteunende voorzieningen mogelijk, zoals een spijbelopvanggroep, een time-outfunctie of een orthopedagogisch didactisch centrum.

ZAT

In verschillende gemeenten zijn Zorg- en Adviesteams (ZAT) actief. In een ZAT werken professionals uit de zorg en scholen samen om problemen van kinderen en jongeren vroeg te signaleren, te bespreken en passende hulp in te schakelen. Deelnemers kunnen zijn: leerlingbegeleiders, (school)maatschappelijk werk, jeugdgezondheidszorg, vertegenwoordigers van Bureau Jeugdzorg, leerplichtambtenaar en politie. Bij de kinderen en jongeren die worden besproken, zijn (vermoedens van) emotionele problemen, gedragsproblemen, ontwikkelingsproblemen en/of schoolproblemen geconstateerd, die verder gaan dan onderwijsproblemen, en waarvoor gespecialiseerde hulp nodig is of lijkt.

In het ZAT worden afspraken gemaakt om snelle en adequate hulp te regelen, waardoor bijvoorbeeld schooluitval wordt tegengegaan. Ook kunnen handelingsadviezen worden gegeven. Inzet van opvoedingsondersteuning is mogelijk, maar ook zwaardere vormen van hulp, zoals door de geïndiceerde jeugdzorg of vormen van nazorg voor jongeren met een justitiële maatregel (Programmaministerie, 2007). Door vroege signalering en de samenwerking met verschillende zorgprofessionals kunnen de ZAT's ook een belangrijke bijdrage leveren aan preventie van kindermishandeling. Vermoedens daarvan kunnen besproken worden, waarbij gebruik kan worden gemaakt van de expertise van Bureau Jeugdzorg.

In veel gemeenten zijn al Zorg- en Adviesteams actief. Volgens de opzet van het voormalige Ministerie voor Jeugd en Gezin zullen alle Nederlandse scholen voor basisonderwijs, voortgezet onderwijs en middelbaar beroepsonderwijs in 2011 moeten beschikken over deze teams.

Meer informatie is te vinden op de site www.zat.nl.

I.1.4 Jeugdgezondheidszorg

De jeugdgezondheidszorg wordt uitgevoerd door thuiszorgorganisaties en de gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD). Het doel van de jeugdgezondheidszorg is het volgen van de fysieke, sociale, psychische en cognitieve ontwikkeling van kinderen tot 19 jaar en het signaleren van

stoornissen op dat gebied, zodat er tijdig op kan worden ingespeeld. Er is dus niet alleen aandacht voor de lichamelijke ontwikkeling – waaronder het volgen van de groei en ontwikkeling en het signaleren van (risico's op) ziekten en problemen –, ook het tegengaan van kindermishandeling, het tijdig onderkennen van ontwikkelingsstoornissen, bestrijding van schoolverzuim en pesten zijn aandachtsgebieden.

In de eerste vier levensjaren wordt de jeugdgezondheidszorg uitgevoerd door de consultatiebureaus. Het consultatiebureau richt zich vooral op de lichamelijke ontwikkeling (bijvoorbeeld groei, motoriek), psychische ontwikkeling (bijvoorbeeld angst, hechting), cognitieve ontwikkeling (logisch denken, taalontwikkeling) en mogelijke risico's in het gezin. Na het vierde jaar gaat de medische kant van de jeugdgezondheidszorg vooral naar de schoolarts van de GGD. Tijdens de basisschoolleeftijd wordt wat meer gelet op de sociale ontwikkeling (vriendjes, pesten) en vanaf het voortgezet onderwijs is daarnaast ook aandacht voor de maatschappelijke positie van de jongere, school(verzuim) en vrijetijdsbesteding.

Het aanbod van de jeugdgezondheidszorg bestaat uit een gedeelte dat in alle gemeenten hetzelfde is. Daarnaast zijn er activiteiten op maat. Het uniforme deel, dat wil zeggen activiteiten die aan alle kinderen en jongeren op een bepaalde leeftijd worden aangeboden en bij voorkeur op dezelfde wijze, omvat screenings, vaccinaties en preventieve adviezen aan ouders over bijvoorbeeld voeding en slaaphouding van pasgeborenen, voorlichting over onder meer zindelijkheid, mondgezondheid, roken en gebruik van alcohol en drugs.

Activiteiten die op maat worden aangeboden zijn per gemeente verschillend. Het aanbod kan bijvoorbeeld inhouden: interventies ter bestrijding van overgewicht of cursussen opvoedingsondersteuning.

De preventieve jeugdgezondheidszorg richt zich verder met name op:

- verschaffen van inzicht in de gezondheidstoestand van de jeugd;
- voorlichten, adviseren, instrueren en begeleiden;
- samenwerken met andere sectoren die te maken hebben met jeugd.

De jeugdgezondheidszorg bereikt een zeer groot deel van alle jeugdigen in Nederland. Uit onderzoek van de Inspectie blijkt dat het bereik ligt tussen 80% en meer dan 95%, waarbij het percentage enigszins afneemt met de leeftijd van het kind (Van Montfoort, 2007), omdat dan de zorg niet meer is ingebouwd in vaste controles van consultatiebureau en schoolarts. De voorziening heeft in de plannen van het voormalige Ministerie voor Jeugd en Gezin dan ook een

spilfunctie gekregen binnen de Centra voor Jeugd en Gezin. Daarnaast speelt de jeugdgezondheidszorg een rol in de Zorg- en Adviesteams. Meer informatie is te vinden op de site www.rivm.nl.

I.1.5 Maatschappelijk werk

Het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) is een gemeentelijke eerstelijnsvoorziening die actief is in gezondheidscentra, scholen, ziekenhuizen, buurten (bijvoorbeeld in wijkinformatiepunten), bureaus schuldhulpverlening en asielzoekerscentra. De voorziening is voor iedereen toegankelijk, zonder indicatie en in principe zonder wachttijd. Men kan er ondersteuning krijgen op het gebied van psychosociale problemen, zoals relatieproblemen, eenzaamheid, zingeving, vrijetijdsbesteding, financiën, werk en ook opvoedingsproblemen. Het doel van de hulp is primair het vergroten van de mogelijkheden van cliënten om zelf hun problemen op te lossen. Het AMW levert op deze manier een belangrijke bijdrage aan preventie en signalering.

Het jeugdmaatschappelijk werk, een specifieke tak van het AMW, richt zich speciaal op kinderen en jongeren. De hulp kan bestaan uit persoonlijke coaching van de jeugd en opvoedingsondersteuning, gezinscoaching of hulp bij echtscheiding.

Ook het schoolmaatschappelijk werk is een specificatie van het algemeen maatschappelijk werk. Schoolmaatschappelijk werkers kunnen verbonden zijn aan de scholen en hebben dan een belangrijke taak in de zorgstructuur rond het onderwijs. Ze vervullen een brugfunctie tussen leerling, ouders, school en (jeugd)zorginstelling (Zwikker & Hens, 2008).

Bovendien houden ze zich bezig met advies en informatie aan kinderen en hun ouders en het bieden van lichte ambulante hulp. Ook kunnen ze ondersteuning bieden aan leerkrachten.

I.2 Bovengemeentelijke voorzieningen

De bovengemeentelijke voorzieningen die in deze paragraaf worden genoemd zijn wel op gemeentelijk niveau werkzaam.

I.2.1 MEE

Jamila is geboren met het syndroom van Down. De ouders van Jamila hebben vrij snel de draad van hun leven weer kunnen oppakken, nadat ze de diagnose te horen hadden gekregen. Jamila was een gemakkelijke baby en een vrolijke peuter. Steeds meer echter begon ze buiten de boot van de reguliere voorzieningen te vallen. Ze ontwikkelde zich veel trager dan in het algemeen verwacht wordt bij kinderen met het syndroom van Down. Na een gesprek hierover met de peuterspeelzaalleidster hebben de ouders een afspraak gemaakt met hun kinderarts. Ze hadden er behoefte aan te weten waar ze welke hulp voor Jamila konden krijgen. De kinderarts adviseerde hen contact op te nemen met MEE. Daar kregen de ouders de nodige informatie. Het gaf hun bovendien weer moed te horen wat mogelijkheden zijn in plaats van de beperkingen waar ze steeds vaker tegenaan begonnen te lopen met Jamila. Ze hadden nu een adres waar ze ook in de toekomst hun vragen konden stellen.

MEE helpt de ouders om via het Centrum voor Indicatiestelling en Zorg (CIZ) een persoonsgebonden budget (PGB) te krijgen, waarmee ze zelf ondersteuning kunnen inkopen voor Jamila.

MEE is een bovengemeentelijke voorziening voor kinderen en volwassenen met een handicap, beperking of chronische ziekte en hun ouders of verzorgers. De organisatie is dienstverlenend op alle terreinen van het dagelijks leven door het bieden van informatie, advies en ondersteuning. Het kan daarbij gaan om vragen met betrekking tot onderwijs, opvoeding, wonen, werken, sociale voorzieningen, inkomen, vervoer en vrije tijd. Ook wordt zonedig de weg gewezen naar de juiste hulpinstanties. De hulp kan variëren van tips om zo zelfstandig mogelijk te kunnen leven, opvoedingsadviezen en begeleiding bij persoonlijke problemen tot juridische ondersteuning en hulp bij het aanvragen van een aangepaste woning of van een persoonsgebonden budget. De diensten van MEE zijn gratis: ze worden door de overheid betaald. Er is geen indicatie nodig. MEE stelt zelf geen indicaties voor andere vormen van hulp. De medewerkers kunnen de betrokkenen wel adviseren en ondersteunen in het vinden van de juiste wegen. Informatie is te vinden op de site www.mee.nl.

I.2.2 Integrale Vroeghulp

Een vroegtijdige onderkenning van motorische en verstandelijke ontwikkelingsproblemen is van groot belang (Kingma, 2002). Door tijdig op deze problemen in te spelen, kunnen verergering en het optreden van bijkomende problemen worden voorkomen. Bovendien kan een snelle verwijzing naar een goede vorm van ondersteuning de ouders veel vragen, onzekerheid en leed besparen. Met dit voor ogen werken in een groot aantal regio's in ons land organisaties samen in de voorziening Integrale Vroeghulp. Deze voorzieningen zetten zich ervoor in zo 'integraal' en zo 'vroeg' mogelijk in te spelen op ontwikkelingsproblemen bij kinderen en hun ouders zo snel mogelijk duidelijkheid te geven.

Het team van Integrale Vroeghulp richt zich op kinderen van 0-5 jaar met opvallende ontwikkelingsproblemen, met name op motorisch en verstandelijk gebied. In het algemeen maken MEE, een kinderrevalidatiecentrum en een instelling voor mensen met een verstandelijke beperking deel uit van het team. Ook een audiologisch centrum, kinderdagcentra voor kinderen met een verstandelijke beperking, een kinder- en jeugdarts, Bureau Jeugdzorg, GGD, thuiszorg, ziekenhuis en een kinderpsychiater vanuit de GGZ kunnen deelnemen. Dit verschilt per regio. De netwerken worden gecoördineerd door MEE.

Het team Integrale Vroeghulp draagt ertoe bij dat de stappen in het proces van onderzoek en hulp goed zijn afgestemd. Tijdens dit proces worden de ouders ondersteund door een casemanager of zorgconsulent vanuit MEE.

Vaak komen ouders bij Integrale Vroeghulp via het consultatiebureau, kinderarts of MEE. Het team zelf biedt geen behandeling.

Informatie is te vinden op www.integralevroeghulp.nl.

I.2.3 Halt

Halt verricht activiteiten op het gebied van preventie en bestrijding van jeugdcriminaliteit bij jongeren tot 18 jaar. Halt werkt onder de verantwoordelijkheid van het Openbaar Ministerie en wordt gefinancierd door het Ministerie van Justitie. Jongeren die strafbare feiten plegen kunnen door de politie naar Halt worden doorverwezen voor een zogeheten Halt-afdoening of Stop-reactie. Jongeren krijgen de mogelijkheid om recht te zetten wat zij fout deden, zonder dat zij hierbij in aanraking komen met Justitie. Hiertoe voeren zij een leer- en/of werkstraf uit, bieden ze excuses aan en vergoeden ze de schade aan de benadeelde.

Bij een vermoeden van achterliggende problemen verwijst Halt door naar de jeugdzorg. Vanuit de expertise die een Halt-bureau heeft op het vlak van veelvoorkomende jeugdcriminaliteit, voert het preventieactiviteiten uit en geeft het gerichte adviezen aan gemeenten, scholen en ketenpartners. De gemeenten zijn de belangrijkste financier van deze preventieve activiteiten. Informatie is te vinden op www.Halt.nl.

I.3 Overige voorzieningen

Naast de gemeentelijke en bovengemeentelijke hulpinstanties zijn er ook andere organisaties waarop ouders en kinderen met uiteenlopende problemen een beroep kunnen doen. De belangrijkste worden hier besproken.

I.3.1 Preventieactiviteiten van GGZ-jeugd

Instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ) (zie ook bijlage II.4) houden zich onder andere bezig met preventieactiviteiten. De activiteiten richten zich op het voorkomen van ernstige problemen op het terrein van de geestelijke volksgezondheid. Dergelijke problemen kunnen ontstaan door een samenspel van factoren op individueel, sociaal en maatschappelijk gebied of worden daardoor in stand gehouden. De activiteiten richten zich dan ook (direct of indirect) op individuen, groepen, organisaties en maatschappelijke structuren. Dit gebeurt door middel van deskundigheidsbevordering, consultatie en advies met behulp van mondelinge en schriftelijke voorlichting en samenwerking met andere instellingen (Van der Ploeg, 2002). De meeste activiteiten vinden plaats in de vorm van projecten samen met andere voorzieningen. Zo richt men zich op KOPP-problematiek (zie boek § 13.3.2 *Kinderen van ouders met psychiatrische problemen*), ADHD, vluchtelingen, het voorkomen of verminderen van seksueel misbruik en preventieve cursussen voor bijvoorbeeld depressie, eetstoornissen, verslaving en kindermishandeling. Het materiaal bestaat veelal uit brochures, sociale kaarten, protocollen, video's, folders en handleidingen. Men richt zich vooral op 'intermediaren' (zoals leerkrachten in het basisonderwijs en voortgezet onderwijs, jeugdartsen en -verpleegkundigen) en organisaties, maar – in samenwerking met bijvoorbeeld de school of de GGD – ook direct op cliënten.

De jeugd-GGZ participeert verder in veel samenwerkingsverbanden. In een groot aantal regio's is de jeugd-GGZ vast of op afroep beschikbaar voor de Zorg- en Adviesteams (ZAT's) en de Centra voor Jeugd en Gezin.

Meer informatie bieden de sites www.ggznederland.nl en www.trimbospreventie.nl/.

I.3.2 Ziekenhuizen

Ziekenhuizen zijn geen eerstelijnsvoorziening. Er is in de meeste gevallen een verwijzing nodig van een huisarts. Desondanks worden ze in deze bijlage besproken, omdat ze laagdrempelig en in een vroeg stadium kunnen inspelen op problemen en regelmatig aan het begin staan van een verder zorgtraject.

De afdeling medische psychologie van een ziekenhuis bijvoorbeeld voert op indicatie van een medisch specialist onderzoek uit naar psychische problemen in samenhang met lichamelijke klachten. Voorbeelden van klachten zijn:

- concentratie en aandachtsproblemen;
- overmatige angst voor een noodzakelijke of aanbevolen medische ingreep;
- symptomen die wijzen op verstandelijke achteruitgang;
- klachten waar tot nu toe geen medische oorzaak voor gevonden is.

Het onderzoek omvat psychologische tests, bijvoorbeeld naar intelligentie, geheugen, concentratie of persoonlijkheidskenmerken en persoonlijkheidsontwikkeling. In samenwerking met een kinderfysiotherapeut en logopedist kunnen ook de motorische ontwikkeling en spraaktaalontwikkeling in kaart worden gebracht. Bij het onderzoek kunnen een kinderpsychiater en/of kinderneuroloog worden betrokken.

Op basis van het onderzoek worden adviezen voor behandeling gegeven. Afhankelijk van de diagnose kan deze behandeling plaatsvinden in het ziekenhuis. De behandeling is in het algemeen kortdurend en bijvoorbeeld gericht op het leren omgaan met de gevolgen van ziekte of aangrijpende gebeurtenissen. Zonodig zal verder worden verwezen naar een andere instantie of hulpverlener, bijvoorbeeld een eerstelijnspsycholoog, de GGZ of Bureau Jeugdzorg.

Ernstige ontwikkelingsproblemen en -stoornissen worden vaak voor het eerst binnen het ziekenhuis herkend. Neurologische aandoeningen (zoals epilepsie) en chromosomale afwijkingen worden door middel van medisch en genetisch onderzoek vastgesteld. In deze gevallen zal veelal

sprake zijn van verdere begeleiding en behandeling in het ziekenhuis, samen met gespecialiseerde instellingen daarbuiten. Ook de revalidatiearts en revalidatiecentra zullen op dit gebied een belangrijke rol spelen.

Een aantal ziekenhuizen beschikt over speciale poli's, zoals een angstpoli, eet- of voedingspoli, plas- en poeppoli en downpoli, die zich richten op specifieke problemen op deze gebieden. Ze hebben met name een behandelingsfunctie.

Ten slotte spelen de ziekenhuizen een centrale rol bij de begeleiding en behandeling van (ernstig) zieke kinderen, ook op psychosociaal gebied.

I.3.3 Eerstelijnspraktijken

Eerstelijnspsychologen, -psychiaters en -orthopedagogen zijn zelfstandig werkende deskundigen, die zich voornamelijk richten op korter durende psychosociale problemen, ontwikkelingsproblemen en opvoedingsproblemen.

Er vindt in het algemeen eerst nader onderzoek plaats naar de aard van de aanmeldingsproblematiek. Vervolgens vindt zonodig en zo mogelijk behandeling of begeleiding plaats in de eerstelijnsvoorziening zelf of wordt er verwezen naar andere instellingen.

Eerstelijnspraktijken zijn vaak multidisciplinair. Regelmatig zijn er in het geval van hulp aan kinderen behalve de (kinder- en jeugd)psychiater en/of de (ontwikkeling)psycholoog en/of de (ortho)pedagoog ook een maatschappelijk werkster, een kinderfysiotherapeut, een dyslexiespecialist, een logopedist of een remedial teacher aanwezig. Er wordt ook samengewerkt met de huisarts. Soms maakt de voorziening deel uit van een gezondheidscentrum.

De eerstelijnszorg is toegankelijk voor iedereen. Sinds januari 2008 wordt een vastgesteld aantal zittingen vergoed uit het basispakket van de zorgverzekering. Daarbij geldt meestal een eigen bijdrage. In veel gevallen verloopt de verwijzing via de huisarts.

Meer informatie is onder andere te vinden op www.lve.nl.

Literatuur

- Kingma, J.H. (2002). *Op de voet gevolgd. De ketenkwaliteit van zorg voor kinderen met een ontwikkelingsstoornis (0-6 jaar)*. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2010). *Prestatievelden. Over de Wmo*. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, [12-12-2010], <http://www.invoeringwmo.nl/node/50>.
- Montfoort, A.J. van (2007). Specifiek jeugdbeleid en jeugdzorg. In: P.A.H. van Lieshout, M.S.S. van der Meij, & J.C.I. de Pree (red.), *Bouwstenen voor betrokken jeugdbeleid*, (pp. 273-312). Den Haag/Amsterdam: WRR/Amsterdam University Press.
- Ploeg, J.D. van der (red.) (2002). *Orthopedagogische werkvelden in Nederland*. Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Programmaministerie voor Jeugd en Gezin (2007). *Alle kansen voor alle kinderen. Programma jeugd en gezin 2007–2011*. Den Haag.
- Zwikker, N. & Hens, H. (2008). *Jeugdzorg in kaart. Wettelijke kaders, voorzieningen, beroepen en functies in de jeugdzorg*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut/Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Register

Het Romeinse cijfer geeft aan in welke bijlage de term te vinden is. Vervolgens staat het paragraafnummer aangegeven.

Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW)	I:1.5
AMW	I:1.5
bemoeizorg	I:1.2
Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG)	I:1.2
CJG	I:1.2
consultatiebureau	I:1.4
eerstelijnspraktijk	I:3.3
Elektronisch Kinddossier	I:1.2
gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD)	I:1.4
gemeentelijke voorzieningen	I:1
GGD	I:1.4
GGZ-jeugd	I:3.1
Halt	I:2.3
Integrale Vroeghulp	I:2.2
intern begeleider	I:1.3
jeugdgezondheidszorg	I:1.4
jeugdmaatschappelijk werk	I:1.5
jeugdzorg, keten van	I:fig.I.1
Kinddossier, Elektronisch	I:1.2

MEE	I:2.1
onderwijs, zorgvormen	I:1.3
orthopedagoog, eerstelijns-	I:3.3
psychiater, eerstelijns-	I:3.3
psycholoog, eerstelijns-	I:3.3
schoolmaatschappelijk werk	I:1.5
Verwijsindex	I:1.2
Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)	I:0
Wmo	I:0
ZAT	I:1.3
ziekenhuis (medische psychologie)	I:3.2
Zorg- en Adviesteam (ZAT)	I:1.3
zorgstructuur	I:1.1