



# Kennis samen ontwikkelen, delen en borgen

Aanzet voor een gezamenlijke onderzoeks- en ontwikkelingsagenda  
voor de kinder- en jeugdpsychiatrie

# Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
2	De thema's voor de kinder- en jeugdpsychiatrie	5
3	Conclusie	9
	Bijlage 1: Thema's voor de onderzoeks- en ontwikkelingsagenda voor kinderen met psychische problemen uitgewerkt	10
	Bijlage 2: Kennisontwikkeling bij de zeven academische centra voor kinder- en jeugdpsychiatrie	26

# 1 Inleiding

Nederland staat aan de wereldtop met het wetenschappelijk onderzoek in de kinder- en jeugdpsychiatrie<sup>1</sup>. Dit wetenschappelijk onderzoek vindt plaats in de academische centra voor kinder- en jeugdpsychiatrie die gevestigd zijn in Groningen, Amsterdam, Leiden, Rotterdam, Utrecht, Nijmegen en Maastricht en in de aan hen verbonden academische werkplaatsen en bij hun samenwerkingspartners. Ondanks de veelheid aan dit waardevolle onderzoek is het nog onvoldoende duidelijk hoe de bestaande kennis de jeugdhulp duurzaam verbetert, wie waar sterk in is en ontbreekt het aan overzicht van de hiaten in onderzoek. Daarnaast valt de jeugd-ggz sinds 2015 onder verantwoordelijkheid van de gemeenten. Nieuwe verantwoordelijkheden, structuren en financieringsstromen vragen om een andere manier om met kennis om te gaan. Zowel de VNG en de gemeenten als de academische instellingen hebben de wens om de belangrijke thema's voor onderzoek en ontwikkeling helder te krijgen. Om daarmee een landelijke ontwikkelingsagenda te creëren en hierbij onderling af te stemmen en samenwerking te zoeken op het gebied van kennis ontwikkelen, delen, benutten en borgen.

Het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie heeft samen met de afdelingen Kinder- en jeugdpsychiatrie van de UMC's, en met steun van de VNG, deze vraag opgepakt. Als landelijke netwerkorganisatie heeft het Kenniscentrum toegang tot de bronnen die nodig zijn om een aanzet te maken tot een breed gedragen onderzoeks- en ontwikkelingsprogramma. De insteek van het kenniscentrum is het *bottom-up* organiseren van kennis waarbij niet alleen aandacht is voor het verkrijgen en praktisch toepasbaar maken van de kennis maar ook het samenbrengen van de verschillende partijen en het vergroten van gezamenlijk draagvlak. Het maakt daarbij gebruik van de verbinding van wetenschappelijke kennis, praktijkkennis en ervaringskennis.

De opdracht die het Kenniscentrum zich heeft gesteld was een aanzet voor een gezamenlijke onderzoeks- en ontwikkelingsagenda voor de kinder- en jeugdpsychiatrie te realiseren met daarbij aandacht voor de volgende onderdelen:

- Het inventariseren van de wensen en verwachtingen van gemeenten, behandelaren, onderzoekers en patiëntenvertegenwoordigers op het gebied van onderzoek en het leggen van onderlinge verbindingen.
- Het tot stand brengen van meer verbinding tussen de betrokken gemeenten en de academische centra zodat verwachtingen, ideeën en plannen ook in de toekomst makkelijker uitgewisseld kunnen worden.
- Een overzicht opstellen van recent en lopend wetenschappelijk onderzoek in de kinder- en jeugdpsychiatrie.

## De beste zorg en begeleiding voor kinderen met psychische problemen

Het uiteindelijke doel dat we gezamenlijk hebben met deze ontwikkelingsagenda is de beste zorg en begeleiding realiseren voor kinderen en jongeren met psychische problemen. We streven naar gezondheid zoals [Machteld Huber](#) heeft gedefinieerd: 'Gezondheid als het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.' Gepersonaliseerde zorg en het versterken van de veerkracht zijn daarbij centrale thema's.

Om dat doel te bereiken hebben we goed onderbouwde kennis nodig. Om de beste behandeling te kunnen bieden maar ook om die tegen maatschappelijk verantwoorde kosten te kunnen leveren.

We sluiten aan bij de weergave van het jeugdhulplandschap uit de [Handreiking Passende zorg en behandeling voor jeugdigen van de Expertgroep BGJZ](#) waarin behoeften in de samenleving en ontwikkeling van de (kennis over) zorg in continue wisselwerking met elkaar staan en basisjeugdhulp en specialistische hulp optimaal zijn verbonden.

1 Albayrak, Ö., Föcker, M., Wibker, K. and Hebebrand, J. (2012). Bibliometric assessment of publication output of child and adolescent psychiatric/psychological affiliations between 2005 and 2010 based on the databases PubMed and Scopus. *European Child & Adolescent Psychiatry (ECAP Journal)*, 21, 327-37.

Er zijn twaalf [Academische Werkplaatsen Transformatie Jeugd](#) ingericht die de kennisinfrastructuur thematisch regionaal vormgeven. Daarnaast is er nog een aantal Academische Werkplaatsen die ook jeugd betreffen opgezet, bijvoorbeeld [twee over Autisme](#). Bij de realisatie van deze ontwikkelingsagenda is notie genomen van de Academische Werkplaatsen die relevant zijn voor de Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

Ook de speerpunten die in de [Onderzoeksagenda GGZ 'De juiste behandeling op het juiste moment'](#) zijn geformuleerd, worden met deze ontwikkelingsagenda duidelijk onderschreven: 1) De ontwikkeling van strategieën voor vroegdetectie en interventie, en 2) De ontwikkeling van gepersonaliseerde ggz. In de nieuwe setting waar we ons sinds de stelselwijziging in bevinden is het van essentieel belang dat er wordt samengewerkt tussen alle betrokken partijen. Wat we beogen is dat praktijkrelevante vragen worden gesteld en dat opgedane kennis en ervaring vervolgens verspreid en gebruikt wordt. Om dat te bereiken is samenwerking en uitwisseling tussen partijen essentieel. Er moeten nieuwe verbanden worden gelegd zodat de relevante kennis op de juiste plaats beschikbaar komt.

## Verantwoording

Voor u ligt het resultaat van een uitvoerig gesprek tussen gemeenten, behandelaren, onderzoekers en patiëntenvertegenwoordigers. Het is een brede inventarisatie van vragen die leven, van thema's die aandacht nodig hebben, die verder ontwikkeld moeten worden, die onderzoek behoeven. Het is ook een uitwisseling van kennis, tussen onderzoekers, gemeenten en ouders, en tussen verschillende regio's. Ten slotte vormt het een aanleiding voor grondigere regionale kennisinventarisatie en verdere discussie over wat er nodig is om kinderen met psychische problemen toegang te geven tot de best beschikbare zorg.

Om de wensen en verwachtingen van gemeenten, behandelaren, onderzoekers en patiëntenvertegenwoordigers op het gebied van onderzoek en ontwikkelthema's te inventariseren en daarbij de verbinding tussen deze partijen te versterken, zijn bij de zeven academische centra regionale bijeenkomsten georganiseerd waarbij telkens al deze partijen vertegenwoordigd waren. In totaal zijn op deze manier ongeveer honderd mensen betrokken. De gesprekken van deze zeven bijeenkomsten zijn geanalyseerd om te komen tot een verzameling thema's. Deze thema's zijn geïllustreerd met toelichting en voorbeelden uit de bijeenkomsten en aan alle deelnemers voorgelegd in een schriftelijke commentaarroude. Vervolgens heeft een focusgroep met vertegenwoordigers van drie academische centra, de VNG en het Kenniscentrum zich gebogen over de vraag hoe de thema's zich tot elkaar verhouden en wat dit einddocument moest bevatten. Tenslotte is een conceptversie van dit einddocument aan een meelesgroep van twaalf personen - met vertegenwoordigers van gemeenten, behandelaren, onderzoekers en patiëntenvertegenwoordigers - gestuurd voor een laatste commentaarroude.

Het hierboven beschreven proces en deze ontwikkelingsagenda zijn gerealiseerd onder eindverantwoordelijkheid van het [Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie](#); een landelijke netwerkorganisatie waarin professionals, experts, onderzoekers, ouders en kinderen samenwerken aan de wetenschappelijke onderbouwing van het dagelijkse werk in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Het Kenniscentrum vertaalt wetenschappelijke kennis over de grote thema's binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie onder andere in praktische protocollen die online beschikbaar zijn.

Het Kenniscentrum is bij dit project financieel en inhoudelijk ondersteund door de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG).

De zeven academische centra voor kinder- en jeugdpsychiatrie hebben intensief meegewerkt, zowel met de organisatie van de regionale bijeenkomsten als met de inhoudelijke teksten. Tenslotte is dit stuk tot stand gekomen met de expertise van alle bovengenoemde deelnemers. Daardoor is het een breed gedragen product geworden dat weergeeft welke vraagstukken er op dit moment spelen rondom kinderen met psychische problemen.

## 2 De thema's voor de kinderen jeugdpsychiatrie

*Het inventariseren van de wensen en verwachtingen van gemeenten, behandelaren, onderzoekers en patiëntenvertegenwoordigers op het gebied van onderzoek en het leggen van onderlinge verbindingen is gerealiseerd middels de regionale bijeenkomsten en heeft geresulteerd in onderstaande thema's. In bijlage 1 zijn de thema's verder uitgewerkt en van voorbeelden voorzien. Eigenlijk is dat de kern van dit hele traject – verpakt als bijlage ten behoeve van de leesbaarheid van dit stuk, maar daarom niet minder belangrijk.*

De thema's in het kort:

### **Onderbouwing van kennis en behandeling met wetenschappelijk onderzoek**

Welke zorg werkt voor wie op welk moment? Wat zijn de persoonlijke, maatschappelijke en financiële effecten van een behandeling?

### **Uitbreiden van kennis over oorzaken, beschermende of risicofactoren en weerbaarheid**

Wat wordt veroorzaakt door de genen, wat door de omgeving en wat in interactie tussen beide op individueel niveau? Wat zijn daarin beschermende factoren die voor preventie kunnen worden ingezet?

### **Ontwikkeling van kennis over specifieke stoornissen**

Hoe ontwikkelen we onze specialistische kennis over en behandelingen voor psychiatrische stoornissen en problematiek?

### **Kinderen voor wie de behandeling niet werkt**

Hoe kan de behandeling verbeterd worden voor kinderen bij wie het beoogde behandelresultaat niet wordt gerealiseerd? Kunnen wij voorspellen voor wie de behandeling niet gaat werken?

### **Expliciteren van de waarde van klinische en ambulante zorg**

In welke gevallen is klinische zorg of ambulantisering nodig, wat zijn de mogelijke tussenvormen en wat is ervoor nodig om het succesvol te doen?

### **Triage en vroegsignalering**

Hoe zorgen we ervoor dat een kind tijdig maar niet onnodig naar de ggz doorgestuurd wordt?

Wanneer besluit je dat je moet opschalen en wanneer zijn lichtere interventies beter?

### **Kinderen bereiken die zorg nodig hebben, maar niet bekend zijn**

Hoe bereiken we moeilijk bereikbare kinderen, bijvoorbeeld kinderen met een migratie-achtergrond of zwerfjongeren? Hoe doorbreken we de barrières die ervoor zorgen dat zij zorg mislopen?

### **Kinderen met een (l)vb en psychische klachten**

Hoe sluiten we tijdig aan op wat jongeren met een (lichte) verstandelijke beperking en psychische klachten en hun gezin nodig hebben?

### **Zorg die aansluit op het kind en het gezin**

Hoe zorgen we ervoor dat kinderen en hun ouders zorg krijgen die aansluit op wat zij nodig hebben, met inachtneming van hun eigen regie, ondersteund door de juiste mensen om hen heen?

### **Inzetten van ervaringsdeskundigheid**

Hoe zetten we jongeren met psychische klachten en hun ouders zelf in bij verdere kennisontwikkeling in de zorg?

### **Ouders met psychische problemen**

Hoe voorkom je dat kinderen van volwassenen met psychische problemen zelf psychische problemen ontwikkelen? Hoe kunnen we het gezin rondom een kind met psychische problemen steunen?

### **Transitiepsychiatrie – de overgang naar volwassenheid**

Wat is ervoor nodig om de systemen van jeugd- en volwassen-ggz zo te laten aansluiten dat volwassen worden goede zorg niet belemmert? Hoe zorgen we dat jongeren als ze volwassen worden de verschillende knelpunten op alle levensgebieden kunnen hanteren?

### **Kennis ontwikkelen en delen**

- a Samenwerken  
Er is heel veel kennis, maar hoe benutten we die zolang die onvoldoende is toegepast en niet samengebracht? Wat is een werkbaar netwerkmodel, waarin men elkaar snel kan consulteren zonder te verzanden in bureaucratie?
- b Kennis ontwikkelen en delen tussen ggz-organisaties en gemeenten  
Wat zijn gezamenlijke onderzoeksvragen voor de kinder- en jeugdpsychiatrie en gemeenten?  
Hoe organiseren we systematische kennisoverdracht?
- c Specialistische kennis delen met het voorveld  
Hoe zorg je voor een voortdurende voeding van wijkteammedewerkers, huisartsen en docenten die al zo veel verschillende onderwerpen in hun takenpakket hebben?
- d Kennis ontwikkelen en delen tussen ggz-organisaties onderling  
Hoe realiseren we meer afstemming en samenwerking tussen het werk van de zeven academische centra in Nederland op het gebied van kinder- en jeugdpsychiatrie om de kennisoverdracht te verbeteren?

### **Publieke informatie inzetten voor de jeugd-ggz**

Hoe kunnen we informatie uit publieke diensten aanwenden voor de kennisontwikkeling van de jeugd-ggz?

### **Normaliseren en het effect van labels**

Wat is ervoor nodig om mensen het normaal te laten vinden om hulp te vragen bij psychische problemen? Hoe zorgen we ervoor dat de hulp bepaald wordt door wat er nodig is en niet door een etiket? Hoe stel je een diagnose zonder daarmee een kind te stigmatiseren? Wat weten we eigenlijk over het effect van labels?

### **Organisatie van zorg sinds de transformatie**

Hoe zorgen we ervoor dat de kinder- en jeugdpsychiatrie goed aansluit op het veld van de jeugdhulp? Hoe realiseren we een duurzaam, integraal en ontschot aanbod van hulp voor kinderen met psychische problemen?

### **Technologische innovatie**

Wat zijn de mogelijkheden van nieuwe technologieën voor het verbeteren van de kwaliteit van zorg, de efficiëntie en de doelmatigheid, met de snelle ontwikkelingen op technologische gebied? Wat werkt wel en wat niet, en in welke situaties?

## **Clustering en onderlinge samenhang**

Dit zijn de onderwerpen waarvan onderzoekers, behandelaren, gemeenten en ouders vinden dat ze nader aandacht moeten krijgen. Een weerspiegeling van de vragen die op dit moment leven. *Het tot stand brengen van meer verbinding tussen de betrokken gemeenten en de academische centra zodat verwachtingen, ideeën en plannen ook in de toekomst makkelijker uitgewisseld kunnen worden heeft deze oogst opgeleverd. In die verbinding zijn we erin geslaagd om heel veel belangrijke onderwerpen te bespreken maar ook om hun onderlinge verhoudingen te duiden en om een beeld te krijgen van de verschillende kennisbehoeften. De regionale bijeenkomsten hebben ook laten zien dat er al veel gebeurd en bereikt is waarop we kunnen voortbouwen.*

Wij hebben ervoor gekozen de thema's niet te rangschikken van meer naar minder belangrijk maar ze te presenteren als een brede kennisbehoefte. Ook al zijn ze sterk met elkaar verweven, de thema's hebben allemaal waarde op zichzelf. Het zou dan ook afbreuk aan het geheel doen om ze bijvoorbeeld samen te voegen tot drie of vier speerpunten.

Het is een verzameling van heel verschillende soorten onderwerpen die zich ook weer tot elkaar verhouden. Het zijn niet allemaal onderzoeksthema's, hoewel de thema's die je primair niet zo zou benoemen ook weer hun eigen onderzoeksvragen oproepen. Je kunt op verschillende manieren naar deze verzameling kijken. Om meer structuur aan te brengen zou je ze als volgt kunnen clusteren:



Het blauwe cluster gaat over het belang van onderzoek en opbouw van kennis over inhoudelijke onderwerpen.

Groen gaat over de behoefte aan kennis ontwikkelen, delen en borgen.

In het gele cluster zijn onderwerpen gegroepeerd die gaan over de organisatie van zorg sinds de transformatie.

De rode onderwerpen zijn overkoepelende onderwerpen en hebben te maken met de kwaliteit van zorg. De onderwerpen overlappen deels en beïnvloeden elkaar. *Triage en vroegsignalering* (geel) heeft bijvoorbeeld ook onderzoek (blauw) en valt of staat bij goede samenwerking en kennisdeling (groen). *Kennis ontwikkelen en delen* (groen) gaat inhoudelijk veelal over de 'blauwe onderwerpen' en is sinds de transformatie (geel) meer dan ooit van belang.

*Transitiepsychiatrie – de overgang naar volwassenheid* is sinds de stelselwijzigingen een belangrijk vraagstuk binnen de organisatie van de zorg (geel) maar heeft tal van inhoudelijke vraagstukken die aandacht behoeven (blauw). De complexe onderlinge verhoudingen van de thema's komen nog meer naar voren in de uitwerking in bijlage 1.

De thema's zouden ook anders geordend kunnen worden, bijvoorbeeld met een uitsplitsing naar Kennis en Behandeling. Onder Kennis vallen dan een deel van de 'blauwe' onderwerpen zoals *Ontwikkeling van kennis over specifieke stoornissen* en *Kinderen met een lvb en psychische klachten*. Maar het thema *Expliciteren van de waarde van klinische en ambulante zorg* (nu geel) past dan ook daarbij. *Triage en vroegsignalering* valt dan onder Behandeling, samen met o.a. *Inzetten van ervaringsdeskundigheid*, *Zorg die aansluit op het kind en het gezin* en *Kinderen bereiken die zorg nodig hebben maar niet bekend zijn*.

Als derde categorie zou daar Transformatie en samenwerking aan kunnen worden toegevoegd met thema's als *Specialistische kennis delen met het voorveld* en *Organisatie van zorg sinds de transformatie*.

Deze kleine exercitie voor een alternatieve clustering bevestigt de vele dwarsverbanden tussen de thema's. Afhankelijk van de gewenste invalshoek kunnen ze op een bruikbare manier in hun onderlinge verhouding worden gerangschikt.

We hebben de thema's voorgelegd aan alle deelnemers (ongeveer 100 mensen) aan de regionale sessies met de vraag om aan te geven welke zij het belangrijkste vinden (maximaal 5). Daaruit volgend kan beperkt een aantal opmerkingen worden gemaakt; beperkt omdat de respons niet zo groot was (15 reacties waarvan enkele een gezamenlijke reactie van meerdere gemeenten of van meerdere patiëntenvertegenwoordigers):

- Alle thema's zijn één of meerdere keren als belangrijk benoemd.
- Triage en vroegsignalering wordt het meest genoemd, door zowel onderzoekers, gemeenten als patiëntenvertegenwoordigers.
- Het thema kennis ontwikkelen en delen is vooral (maar niet uitsluitend) een behoefte die door gemeenten als belangrijk wordt bestempeld. Hetzelfde geldt voor het expliciteren van de waarde van klinische en ambulante zorg, organisatie van zorg sinds de transformatie en voor normaliseren en het effect van labels.
- De voorkeuren vanuit de onderzoekers en patiëntenvertegenwoordigers waren meer gelijkmatig over de thema's verspreid.

### Kennis ontwikkelen, delen en borgen

Vanuit gemeenten speelt de vraag naar overzicht van welke kennis waar wordt ontwikkeld. Hoe is de bestaande kennis verdeeld over de verschillende regio's. In Maastricht wordt bijvoorbeeld veel kennis ontwikkeld rondom transitiepsychiatrie en in Groningen wordt onderzoek gedaan naar de oorzaak van ticstoornissen. In bijlage 2 is een inventarisatie opgenomen over kennisontwikkeling bij de zeven academische centra die begin 2017 is uitgevoerd. Het Kenniscentrum Kinder- en jeugdpsychiatrie publiceert online een [overzicht van recent afgerond en lopend onderzoek](#) per academisch centrum om zo ook kennis per regio in beeld te brengen. Academische centra en andere onderzoeksinstellingen kunnen daarmee laten zien waar hun expertise ligt en welke vraagstukken worden opgepakt. Voor gemeentelijke regio's is dit relevant, omdat ze zo kunnen zien dat niet altijd het dichtstbijzijnde centrum die specifieke kennis ontwikkelt waar zij behoefte aan hebben, maar dat een ander centrum daar wel goed in is.

Het onderdeel van deze opdracht een *overzicht opstellen van recent en lopend wetenschappelijk onderzoek in de kinder- en jeugdpsychiatrie* is daarmee gerealiseerd.

Wat zo'n regionale indeling ingewikkeld maakt is dat het een dynamisch geheel is waarin speerpunten ook veranderen. Tegelijkertijd is het waardevol om blijvend te investeren in het updaten van welk onderzoek waar wordt gedaan, zodat er meer overzicht is, om kennis te kunnen halen op de juiste plek, maar ook om bestaand onderzoek te voeden met de vragen uit het veld. Om echt goed in beeld te krijgen hoe de kennisontwikkeling regionaal is verspreid, is een meer gespecificeerde kennisinfrastructuur nodig die overzicht biedt van welke kennis waar, in welk stadium beschikbaar is, ook bij niet-academische onderzoeksinstellingen. Het Kenniscentrum kan hier een bijdrage aan leveren samen met de academische centra, die al vele jaren samenwerken.

In alle regionale bijeenkomsten kwam de behoefte aan en het belang van kennisuitwisseling aan de orde. Tegelijkertijd werd erkend dat de bijeenkomsten op zichzelf al een manier waren om voor een deel in die behoefte te voorzien. Op meerdere plekken vindt een dergelijke regionale uitwisseling al plaats, al dan niet op regelmatige basis. De deelnemers onderschreven dat dit in een bepaalde vorm voortgezet moest worden. Het is van belang dat de gemeentelijke regio's en de academische centra goede bekenden van elkaar zijn.

We kunnen de kwaliteit van het werk in de jeugd-ggz verbeteren als we gezamenlijk verkennen hoe sterker samengewerkt kan worden in kennisontwikkeling, -verspreiding, -borging en -benutting. Het gaat daarbij niet alleen om kennis delen en afstemming (vermijden van overlap) maar ook om in samenwerking ontwikkelen van kennis. Hetzelfde geldt voor een goede borging van kennis; er samen voor zorgen dat ontwikkelde kennis breed benut wordt.



## 3 Conclusie

De zeventien thema's laten zien dat er veel onderwerpen zijn voor een onderzoeks- en ontwikkelingsagenda voor de kinder- en jeugdpsychiatrie. Het zijn zeer uiteenlopende onderwerpen, van de problematiek rondom de overgang naar volwassenheid tot de behoefte aan onderbouwde kennis over relevante technologische innovaties. Van de vraag hoe de triage in de eerste lijn met behulp van de juiste expertise alle kinderen naar het best passende zorgtraject kan leiden tot de inzet van ervaringsdeskundigheid van jongeren met psychische klachten en hun ouders.

Aan die vraagstukken kunnen we zien waar we op dit moment in de transformatie staan. Deels zijn onderwerpen aangedragen die vooral ingaan op het nog specialistischer krijgen van behandelingen, een behoefte aan nog meer specifieke kennis. Aan de andere kant opent de specialistische wereld zich juist en gaat het vooral over verbinding, de rol van de ggz in de maatschappelijke context, kennis naar de voorkant van het systeem brengen en gezamenlijke duiding vanuit meervoudig perspectief. Door de transitie zijn deze laatste vraagstukken meer evident geworden.

Wij presenteren deze brede inventarisatie als het gesprek dat onderzoekers, behandelaren, gemeenten en patiëntvertegenwoordigers met elkaar zijn aangegaan en verder moeten blijven voeren. Dat gesprek wordt waardevoller naarmate we elkaars taal beter leren verstaan. Dat gebeurt wanneer we elkaar ontmoeten rondom de inhoud, in bijeenkomsten zoals in de regio's zijn georganiseerd, en door concreet met de thema's aan de slag te gaan.

Dit is niet een eindproduct maar een aanzet en een uitnodiging aan het hele veld om gezamenlijk ervoor te zorgen dat de kennis waar kinderen met psychische problemen mee geholpen zijn wordt ontwikkeld, gedeeld en geborgd.

Voor de lange termijn zijn er zorgen over het in stand houden van de kennis binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie. Er is een terugloop van opleidingsplaatsen en bezuinigingen leiden tot verkorte opleidingen. Het noodzakelijke langetermijnperspectief krijgt weinig aandacht. Het is belangrijk ervoor te zorgen dat de huidige kennis goed wordt ingezet, maar ook dat het vak kinder- en jeugdpsychiatrie verder wordt ontwikkeld.

De meerwaarde van deze ontwikkelingsagenda zit ook in de wijze waarop hij tot stand is gekomen. Door de brede inventarisatie is een groot draagvlak verzekerd voor de genoemde onderwerpen. We hebben zo een fundament gelegd voor verdere samenwerking in belangrijke kennisontwikkeling.

De ontwikkelingsagenda kan helpen bij het voorkomen van te veel overlap in onderzoek terwijl er op andere onderwerpen mogelijk gaten gaan vallen. Daarnaast kan de ontwikkelingsagenda gebruikt worden om met elkaar de prioriteit op het gebied van onderzoek te bepalen waarbij een gezamenlijk ambitie bepaald kan worden voor de toekomst. Het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie zet zich daar graag voor in vanuit zijn opdracht kennis te organiseren en toegankelijk te maken voor professionals, patiënten, ouders en gemeenten om bij te dragen aan de kwaliteit van de brede jeugdhulp. Zodat kinderen met psychische problemen de beste zorg krijgen.

# Bijlage 1: Thema's voor de onderzoeks- en ontwikkelingsagenda voor kinderen met psychische problemen uitgewerkt

## Onderbouwing van kennis en behandeling met wetenschappelijk onderzoek

### Vragen

Welke zorg werkt? Is dit goede zorg? Is dit efficiënte en doelmatige zorg? Wat werkt voor wie? Hoe ontstaat een angststoornis?

### Doelen

We willen als samenleving gebruik maken van de best bewezen werkzame beschikbare kennis en vaardigheden om tegen maatschappelijk verantwoorde kosten het beste resultaat te halen voor kind, ouders en samenleving.

Daartoe is het nodig de effectiviteit te onderzoeken van behandelingen, van manieren van samenwerken, van nieuwe interventies, van mogelijk werkzame factoren. Het uiteindelijke doel is niet enkel te weten wat werkt maar wat werkt bij wie.

### Toelichting

De maatschappelijke relevantie van een behandeling moet worden onderbouwd en kosteninzichtelijk gemaakt. We moeten laten zien wat de individuele, maatschappelijke en financiële effecten zijn van een bepaalde behandeling, bijvoorbeeld op het aantal zittenblijvers en schoolverzuim, of van het investeren in preventie of ambulante zorg.

Voorbeelden van kennisbehoeften:

Steeds jongere kinderen lijken eetstoornissen te ontwikkelen met ernstige gevolgen voor hun psychische, sociale en lichamelijke ontwikkeling. Om hen te kunnen helpen is het van belang het effect van gedragstherapeutische behandelingen bij eetstoornissen verder te onderzoeken.

Ouders stellen regelmatig vragen over alternatieve en complementaire geneeswijzen. Onderzoek naar de effectiviteit van dergelijke praktijken doet recht aan hun vragen.

Naast dergelijke vormen van toegepast onderzoek moet het belang van fundamenteel onderzoek worden erkend. De fundamentele vragen moeten gesteld blijven worden. Hoe ontstaat bijvoorbeeld een angststoornis? Wat gebeurt er op neurobiologisch niveau? Het is de basis voor verdere kennisontwikkeling en vult kennislacunes, wat uiteindelijk kan leiden tot verbetering van de zorg. Het kan bijvoorbeeld helpen om nader inzicht te krijgen in de kenmerken van kinderen die minder vatbaar zijn voor behandeling.

Investeren in onderzoek is nodig om te vermijden dat er geïnvesteerd wordt in interventies die niet werken. Gemeenten kunnen hun voordeel doen met de inzichten die onderzoek oplevert en wat het rendement is. Voor jongeren en ouders kan het inzicht bieden in de behandeling en de betekenis voor de thuissituatie. Professionals kunnen gericht behandelen.

Belangrijk is om helder te definiëren welke soorten kennis verzameld moeten worden. De gemeente kan als succesfactor bijvoorbeeld een afname van de criminaliteit noemen, terwijl succes voor ouders misschien inhoudt dat men een keertje normaal kan ontbijten als gezin.

## Uitbreiden van kennis over oorzaken, beschermende of risicofactoren en weerbaarheid

### Vragen

Wat wordt veroorzaakt door de genen, wat door de omgeving en wat in interactie tussen beide? Wat zijn beschermende factoren die voor preventie kunnen worden ingezet? Waarom ontwikkelt de een wel PTSS en de ander niet? Welk effect heeft pesten op het zelfvertrouwen? Wat maakt dat jongeren in contact komen met justitie? Wat zijn risicovolle omgevingsfactoren in een opgroeiklimaat?

### Doelen

Begrip van kwetsbaarheden en beschermende factoren is essentieel om te begrijpen hoe het verder verloop zal zijn en wat de noden en mogelijkheden voor preventie en behandeling zijn. We willen weten wat bij iemand persoonlijk speelt en niet enkel kennis ontwikkelen op groepsniveau. Daardoor kan de wenselijkheid en de aard van een persoonsgerichte aanpak bepaald worden. Meer inzicht in vroege signalen geeft mogelijkheden om preventief te handelen. Door het herkennen van het samenspel van beschermende en risicofactoren bij individuen kunnen we hen beter behandelen.

### Toelichting

Dit thema is een specificatie van het vorige; apart genoemd omdat het veel en nadrukkelijk genoemd werd, naast het meer algemene belang van onderbouwing van kennis en behandeling met wetenschappelijk onderzoek.

We weten dat de volgende factoren een grote rol spelen bij het ontstaan van psychische problemen: een lage sociaaleconomische status, een laag IQ, trauma en sociale uitsluiting. Door dergelijke kennis verder uit te breiden, door zicht te krijgen op welke factor bij wie een rol gaat spelen, kan er veel gericht gehandeld worden. Aandacht voor het stadium van de problematiek en welke behandeling die vraagt (stagering) is daarbij nodig.

Kinderen reageren heel verschillend op potentieel traumatische gebeurtenissen. Er is veel winst te behalen met kennis over hoe we de eigen weerbaarheid van een kind en het gezin kunnen vergroten. Er bestaat nog een flinke kennislacune over wat hun veerkracht versterkt. Welke kinderen kun je een beetje bijsturen zodat het weer goed gaat, en welke kinderen missen die veerkracht?

We kunnen meer leren over veerkracht door gegevens van klinische populaties te verbinden met die van de brede bevolking. De beschermende factoren en veerkracht lijken sterk gelinkt aan de sociaaleconomische positie. De huidige focus op een gezonde opvoedomgeving (zoals voldoende speelruimte, gezonde snacks op scholen etc.) zou moeten worden uitgebreid met een gezonde mentale opvoedomgeving.

De maatschappij wordt steeds complexer en geeft veel prikkels. Lopen de ontwikkeling van de hersenen en wat gevraagd wordt van de jeugd nog wel in de pas? Een snelle, veeleisende, prestatiegerichte omgeving met veel prikkels maakt dat een bepaalde kwetsbaarheid een probleem wordt, terwijl dat 30 jaar geleden minder het geval was.

## Ontwikkeling van kennis over specifieke stoornissen

### Vragen

Hoe ontwikkelen we onze specialistische kennis over en behandelingen voor psychiatrische stoornissen en problematiek?

### Doelen

Op veel verschillende specifieke terreinen binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie is verdere kennisontwikkeling nodig. Onderzoek is blijvend nodig naar problematiek die bepaalde stoornissen met zich meebrengen en voor verdere ontwikkeling van passende behandelingen.

### Toelichting

Ook dit is een specificatie van het eerste thema, ditmaal op het niveau van stoornissen.

Het gaat om veel verschillende specialisaties, problemen en vraagstukken (niet uitputtend):

- depressie bij jongeren
- automutilatie
- medicatie voor kinderen met ADHD en de mogelijke alternatieven
- effecten van antidepressiva en antipsychotica voor kinderen, veelal off-label voorgeschreven

- comorbiditeit in allerlei vormen. Bijvoorbeeld jongeren die een angststoornis ontwikkelen bovenop hun ASS-problematiek of de combinatie daarvan met agressief gedrag
- jongeren met een persoonlijkheidsstoornis in ontwikkeling
- eetstoornissen bij jonge kinderen
- middelengebruik door jongeren en verslaving aan sociale media

Voor al deze problemen, en vele meer, is het belangrijk om kennis te ontwikkelen over wat bij wie op welk moment moet gebeuren.

In sommige gevallen zijn er in de volwassenenzorg goede programma's ontwikkeld. Onderzocht moet worden in hoeverre die voor jongeren kunnen worden uitgebouwd. Ook in de kinderpsychiatrie zijn zorgprogramma's ontwikkeld, die worden beheerd door het Kenniscentrum Kinder- en jeugdpsychiatrie. Het gebruik van die programma's en de effectiviteit en de doelmatigheid ervan verdienen ook onderzoek.

## Kinderen voor wie de behandeling niet werkt

### Vragen

Veel evidence based behandelmethoden hebben slechts bij een deel van de kinderen het beoogde effect. Hoe kunnen we vroegtijdig herkennen bij wie een behandeling niet gaat werken? Wat kunnen we voor kinderen doen als een behandeling bij hen niet effectief is? Hoe kan de behandeling voor deze kinderen verbeterd worden?

### Doelen

We willen ook kinderen die resistent zijn voor behandeling helpen. Daarvoor is nodig hen tijdig te herkennen en na te gaan wat alsnog geboden kan worden. Er is behoefte aan meer onderzoek naar de vraag bij wie een behandeling wel en niet werkt en waarom. Zodat we kunnen zorgen dat de behandeling echt aansluit op het individu.

### Toelichting

De psychiatrie heeft nog te weinig zicht op de vraag waarom het op langere termijn met sommige jongeren niet goed gaat, ondanks de beschikbaarheid van werkzame behandelingen. Interventies worden zo zorgvuldig mogelijk ontwikkeld maar zijn toch altijd gemaakt voor een gemiddelde doelgroep. De precieze aansluiting bij de problematiek in een specifieke situatie mist dan soms. Uiteindelijk hebben juist de jongeren met een slechte respons op het standaardaanbod een slechte prognose. Gepersonaliseerde zorg, die aansluit bij de persoon en zijn omgeving, is hierbij van belang. Gepersonaliseerde zorg neemt niet de gemiddelde populatie als standaard maar de persoon. Gegeven de heterogeniteit van de doelgroep moeten we individuele trajecten weten te herkennen. Dat vergt grote onderzoeksgroepen om de subgroepen te kunnen herkennen en zicht te krijgen op de heterogeniteit van risicofactoren en beschermende factoren. Onderzoeksgroepen van voldoende omvang kunnen enkel worden gecreëerd als centra hierin samenwerken, zoals landelijk gebeurt voor tal van somatische aandoeningen. Met het Research Data Infrastructure project (RDI) ontwikkelt het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie een digitale infrastructuur waarmee praktijkdata beschikbaar worden gemaakt voor onderzoek in de kinder- en jeugdpsychiatrie.

## Expliciteren van de waarde van klinische en ambulante zorg

### Vragen

Wanneer is welke vorm van zorg passend? In welke gevallen is ambulantisering voldoende effectief en wat is ervoor nodig om het succesvol te doen? Is het mogelijk goed te detecteren wie baat heeft bij wel of juist niet opgenomen worden? Hoe stemmen we, met name bij residentiële zorg, verschillende modules van licht naar zwaar goed op elkaar af? Hoe maak je een goed alternatief voor kinderen met ernstige problemen zodat ze toch thuis behandeld kunnen worden? En als dat echt niet mogelijk is, waar kunnen zij terecht?

### Doelen

De beweging van residentiële jeugdzorg naar meer ambulante hulpverlening behoeft aandacht en zorgvuldigheid. We staan voor de opgave deze ambulantisering zo in te richten dat het de beste setting biedt voor kinderen met psychische problemen.

### Toelichting

Kinderen worden alleen nog in crisissituaties opgenomen als het niet anders kan. Vooral nog is de overgang tussen twee systemen, thuis of in de instelling, veelal te groot. Er zijn nog te weinig tussenvormen. In sommige gevallen is de klinische setting de verstandigste keuze (en vaak is het de enige keuze, omdat het gezin het niet aankan) maar de waarde daarvan moet beter onderbouwd worden. Het gaat uiteindelijk niet om de setting, maar om welke behandeling op welke plek kind en ouders het best en tegen de laagste kosten helpt om zo snel mogelijk zo goed mogelijk mee te kunnen doen in de samenleving. Het perspectief van stagering is hierbij van belang; in welke fase is welke behandeling het meest gepast. Ook aandacht voor nazorg (voorzieningen na de behandeling) moet daarbij worden meegenomen.

Voor gemeenten is het ook belangrijk om dat inzichtelijker te maken. Er moet voor gewaakt worden dat er op de ambulante zorg bezuinigd wordt, terwijl daar juist gezocht moet worden naar mogelijkheden. Het afbouwen van het aantal bedden moet het gevolg zijn van ambulantisering en niet de aanleiding. Doordat goed georganiseerde ambulante zorg vaker wordt ingezet in plaats van residentiële zorg, zal de noodzaak tot opname verminderen.

In dit proces is aandacht nodig voor regionale afstemming.

### Voorbeelden uit de praktijk

Er zijn initiatieven die positieve effecten laten zien, zoals logeerhuizen voor tijdelijke opvang.

Ook de [HIC – High Intensive Care](#) is een mooi voorbeeld; crisisopvang die als onderdeel van een integrale gezinsgerichte aanpak gezien wordt. Het doel is kort de crisis opvangen en nadien intensief ambulant verder behandelen.

Bij Oosterpoort in Noord-Brabant wordt gewerkt met [buddypleeggezinnen](#), waarbij een kind soms even in het pleeggezin op adem kan komen, net als zijn ouders. Het pleeggezin ondersteunt de ouders ook in de opvoeding en bij praktische zaken.

Momenteel loopt er een [FACT Jeugd Onderzoek](#), een multicenterstudie die onderzoekt of het FACT-zorgmodel bijdraagt aan het psychisch en maatschappelijk herstel van jongeren met ernstige psychiatrische problemen die langdurig afhankelijk zijn van zorg.

## Triage en vroegsignalering

### Vragen

Hoe zorgen we dat de kinderen die specialistische ggz zorg behoeven, tijdig herkend worden? Hoe zorgen we ervoor dat een kind niet te snel doorgestuurd wordt? Wanneer besluit je dat je snel moet opschalen? Wanneer zijn lichtere interventies beter?

### Doelen

De transitie heeft aanmerkelijke wijzigingen met zich meegebracht aan de voorkant van de zorg voor kinderen met psychische problemen. Het voortraject, de triage en de samenwerking met de eerste lijn moeten goed worden vormgegeven. Goede triage met gevalideerde instrumenten en competente verwijzers is van groot belang om een gepast zorgtraject te starten.

### Toelichting

Goede zorg begint met een inschatting van de urgentie en het toeleiden naar de juiste zorg: triage. Vanuit de transformatie wordt gestreefd naar eerder ingrijpen om erger te voorkomen en tegelijkertijd niet te snel zware zorg te starten. Dit is niet eenvoudig omdat er zoveel mensen bij betrokken zijn. Volgens de jeugdwet mogen de volgende partijen verwijzen naar de jeugd-ggz: wijkteams, jeugdartsen, huisartsen (en indien aanwezig in de praktijk de POH voor kind en jeugd) en medisch specialisten (kinderartsen, kinder- en jeugdpsychiaters). Een intensieve samenwerking met huisartsen, wijkteams, jeugdgezondheidszorg, jeugdhulp en kinderartsen is bij uitstek in deze fase essentieel.

Maar ook de signaleringsfase die aan de triage voorafgaat behoeft aandacht. Komen kinderen wel in de juiste hulptrajecten terecht? De school en het signaleringsvermogen van docenten is hierbij cruciaal. School is voor veel kinderen een belangrijke plek waar problemen zich manifesteren en waar het gesprek met hun ouders wordt aangegaan.

Bij onderzoek naar triage en vroegsignalering is belangrijk om uit te gaan van stagering en gepersonaliseerde zorg. Stoornissen verlopen dynamisch en ontwikkelen zich in fasen. Dit wisselend verloop maakt dat de benadering ook kan veranderen over de tijd. Stagering gaat over vooruitkijken en continu de

zorg aanpassen naar behoefte. Het feit dat de zorgstructuur lokaal verschillend is georganiseerd vormt een aanzienlijke uitdaging voor onderzoek op dit thema.

Sommige problematieken verdienen hierbij expliciet aandacht. Er wordt een forse handelingsverlegenheid gesignaleerd in de ggz en jeugdzorg in het omgaan met verslaving en hoe deze jongeren door te verwijzen. Het is soms bij toeval dat jongeren bij de jeugd-ggz binnenkomen, terwijl er vaak sprake is van comorbiditeit en al een lange verslavingsgeschiedenis, meestal aan cannabis. We moeten ervoor zorgen dat ook deze jongeren in alle gevallen de juiste verwijzing en dus behandeling krijgen.

Ook het vroegtijdig onderkennen van en inspelen op trauma is van belang: het snel herkennen van trauma en het voorkomen van verdere schade, ook op latere leeftijd. Dat geldt ook voor gedragsstoornissen en suicidaliteit: er gebeurt van alles op jeugdige leeftijd waarvan bekend is waar het toe leidt. We hebben daar veel kennis over die essentieel is om in een vroeg stadium in te zetten om de schade te beperken.

## Kinderen bereiken die zorg nodig hebben, maar niet bekend zijn

### Vragen

Waarom bereiken we maar zo weinig jongeren met andere etnische achtergronden? Of met lvb-problematiek in combinatie met psychische problemen? Maar ook mensen met schuldenproblematiek of zwerfjongeren? Hoe bereiken we gezinnen die kinderen hebben met gedragsproblemen, maar zorg mijden?

### Doelen

Veel kinderen die hulp nodig hebben worden niet bereikt. We weten alleen niet goed hoeveel. Het doel is om te leren hoe we deze kinderen kunnen bereiken en hoe we de barrières daarvoor doorbreken. Zodat we continuïteit van de problematiek op de lange kunnen vermijden en daarmee maatschappelijke kosten.

### Toelichting

De vraag hoe het komt dat sommige kinderen niet in beeld komen en welke kennis hierover bij verschillende partijen aanwezig is behoeft meer onderzoek. Belangrijke aandachtsgebieden daarbij zijn vroegsignalering en triage, methoden om ze te bereiken en te motiveren en samenwerking tussen ggz en gemeenten.

Voor middelgrote en grote gemeenten zijn migranten en mensen die (langdurig) in armoede leven belangrijke groepen. Wanneer zij geen zorg krijgen, ontstaan psychische problemen. De psychiatrie kan deze groepen beter bereiken als goed wordt samengewerkt met gemeenten en scholen. Hier ligt ook een taak van het sociale domein, armoede bestrijden is dan een belangrijk aspect. Daarbij is sensitiviteit voor culturele invloeden noodzakelijk. Marokkaanse jongeren geven bijvoorbeeld vaak niet aan dat ze problemen hebben. Dit kan komen doordat ze bang zijn om negatief beoordeeld te worden door bijvoorbeeld de politie, maar ook doordat ze zich schamen voor persoonlijke problemen. Het is belangrijk oog te hebben voor weersin tegen de ggz of een gebrek aan vertrouwen.

Meer aandacht voor vroegsignalering van deze groepen, het verlagen van de drempel naar behandeling en het bevorderen van beschermende factoren is essentieel. Dat vraagt om een andere toegang en andere werkwijze. Een medewerkersbestand dat een afspiegeling is van de samenleving helpt, al is dat niet per definitie een oplossing voor het probleem. Het is ook niet altijd te realiseren. In Zuid-Limburg zijn bijvoorbeeld minder hulpverleners die mensen met een migratieachtergrond in hun eigen taal kunnen helpen dan in de Randstad. Het personeel in de ggz is er beperkt cultureel divers.

Ook in patiëntenraden en bij patiënten- en cliëntenorganisaties zijn migranten ondervertegenwoordigd. Het zou interessant zijn om vanuit verschillende invalshoeken te onderzoeken wat er nodig is om deze groep een plek te geven in de ggz en in lotgenotencontact.

Ook andere groepen missen mogelijk gepaste zorg. In Rotterdam wordt bijvoorbeeld aangegeven dat het sinds de stelselwijziging heel moeilijk is om kinderen te vinden voor onderzoek naar angststoornissen. Komt deze groep kinderen nog wel op de juiste plek in zorg? Er kan niet worden uitgesloten dat ze thans vaker in de eerste lijn worden gezien, en kinderen met een angststoornis kan je niet op school behandelen. Kinderen praten niet graag over hun angsten. Er is te veel onduidelijkheid over de vraag of deze kinderen goede zorg krijgen; er bestaan zorgen of ze in de eerste lijn afdoende worden behandeld.

Met de Kindcheck wordt aandacht besteed aan de kinderen van volwassen patiënten. Echter, kinderen

van ouders met psychische problemen die niet in zorg zijn worden nog steeds gemist. Mogelijk kunnen deze via andere kanalen, zoals de huisarts, wel bereikt worden.

Tenslotte is het van belang bij het opzetten van onderzoek rekening te houden met genderspecifieke en culturele aspecten. Veel onderzoek is gericht op een blanke populatie, maar in Rotterdam heeft bijvoorbeeld meer dan de helft van de jeugd een migratieachtergrond. Meisjes worden vaker via civiel recht bestraft en jongens via strafrecht, als ze hetzelfde delict hebben gepleegd.

Een aanpak in samenwerking met het brede jeugdveld zou een passende insteek kunnen zijn. Mogelijk zijn er andere plekken waar je de doelgroep beter treft en aanknopingspunten liggen voor verbetering. Het is een gezamenlijk vraagstuk van het jeugdhulpveld waarbij een gezamenlijk probleemdefiniëring en aanpak doeltreffender zou kunnen zijn.

### Voorbeelden uit de praktijk

Verschillende steden in Nederland hebben meegedaan aan het Europese [EIF-project](#), waarbij een methode is ontwikkeld om kinderen met een ggz- en lvb-problematiek en een migratieachtergrond eerder te signaleren.

Verschillende ggz-instellingen werken samen met [i-psy](#) om hun expertise op het gebied van interculturele psychiatrie in te zetten.

In Amsterdam zijn er verschillende voorbeelden van patiëntenorganisaties die wel migranten weten te bereiken, zoals [SGAN](#).

Daarnaast zijn er verschillende, soms samengestelde jeugd F-ACt teams die ook LVB-jongeren includeren, zwerfjongeren opzoeken, verslaving behandelen, om zo te komen tot een groter bereik van zorgmijdende doelgroepen. Leden van het team zijn vaak laagdrempelig te benaderen door verwijzers voor overleg of consultatie, van groot belang in het tijdperk na de transitie.

## Kinderen met een (l)vb en psychische klachten

### Vragen

Hoe sluiten we aan op wat jongeren met een (lichte) verstandelijke beperking (lvb) en psychische klachten nodig hebben? Kunnen we ervoor zorgen dat zij niet uit beeld verdwijnen?

### Doelen

Gesignaleerd wordt dat vaak te laat wordt ingegrepen bij kinderen met een verstandelijke beperking die psychische problemen hebben. Hun problemen zijn gecompliceerd en ze hebben meer zorg nodig door hun beperking. Als we niet ingrijpen kunnen de problemen zich opstapelen. Er is meer kennisontwikkeling nodig om deze kinderen de behandeling en begeleiding te kunnen bieden die aansluit op hun specifieke behoeften.

### Toelichting

De steeds complexer wordende maatschappij brengt extra problemen mee voor jongeren met een lvb. Er wordt meer van hen gevraagd, in een tempo dat moeilijk bij te houden is.

Omdat een verstandelijke beperking niet overgaat, is het belangrijk dat jongeren met een verstandelijke beperking langdurig gevolgd en begeleid worden. Daarbij is bij deze groep extra belangrijk dat niet alleen de jongere, maar de hele omgeving worden betrokken. Ook de overgang naar volwassenenzorg is vaak problematisch. Als deze overgang niet goed verloopt, raken de jongeren uit beeld en zien we ze na een aantal jaren terug met hun kinderen. Het is essentieel die cirkel te doorbreken. Eigenlijk zouden we hun hele levensloop moeten blijven volgen zodat we op de juiste momenten begeleiding kunnen aanbieden.

### Voorbeelden uit de praktijk

De [Academische Werkplaats Kajak](#) is gericht op kennisontwikkeling over deze doelgroep.

Het Kenniscentrum Kinder- en jeugdpsychiatrie gaat samen met een aantal ggz- en lvb-organisaties de functie van 'transitiecoach lvb' ontwikkelen. Een dergelijke coach krijgt de taak om jongeren met een lvb en psychische problemen te ondersteunen bij de veranderingen die ze ondervinden als ze 18 jaar worden.

## Zorg die aansluit op het kind en het gezin

### Vragen

Hoe kunnen we zorg bieden die aansluit op wat een kind werkelijk nodig heeft? Hoe moeten we eigen regie in een gezinscontext beoordelen en hoe kunnen we dit stimuleren? Wie is voor dit kind de regiehouder en hoe evolueert dit doorheen de tijd? Wanneer het kind of zijn ouders het overzicht niet hebben, wie kan die rol op zich nemen? Hoe kunnen we eigen kracht van kinderen met een psychische stoornis en hun ouders optimaal tijdig inzetten?

### Doelen

We willen dat kinderen en hun ouders zorg krijgen die aansluit op wat zij nodig hebben, met inachtneming van hun eigen regie, ondersteund door de juiste mensen om hen heen. Doel is meer kennis ontwikkelen over wat daarvoor nodig is, ook in de complexe situaties. Omdat een gezinsgerichte aanpak leidt tot tevredenheid, motivatie, een grotere regie en uiteindelijk meer effectiviteit. Daarnaast zorgt dit ook dat het effect duurzamer is, omdat gezinnen samen en eigenstandig verder kunnen.

### Toelichting

Goede zorg sluit aan bij het kind. Kinderen ervaren hun jeugd heel verschillend en opvoeding en begeleiding vergt dus maatwerk. Voor de hulpverlener is het luisteren naar en meebewegen met het kind essentieel, zonder daarbij zijn kennis over wat wel en niet werkt te negeren. Dat klinkt als een open deur, maar in de praktijk loopt men aan tegen gebrek aan tijd en geld.

Het organiseren van zo gepersonaliseerd mogelijke zorg is een maatschappelijke ontwikkeling waar steeds meer op aangestuurd wordt. Vooral bij meervoudige problematiek zou één gezin, één plan, met één regiehouder het uitgangspunt moeten zijn. Er moet een regiehouder zijn die met het gezin oploopt, die weet wat er aan de hand is en bij wisselende situaties uitleg verschaft. Er is nog veel onduidelijkheid rondom het begrip regie. Er is behoefte aan richtlijnen, zodat duidelijk wordt wat de taken en verantwoordelijkheden zijn van de regiehouder. Dit is in principe disciplineonafhankelijk.

Goede zorg betreft het gezin waarbinnen het kind zich ontwikkelt. Vervolgzorg wordt geduid als een groot probleem: als een kind terugkomt in een gezin dat niet is versterkt (bijvoorbeeld doordat de systeemtherapie niet goed is gevallen) ontstaat dezelfde problematiek opnieuw. Inzet van een schaduwcoach of een informele mentor (de JIM methodiek, zie voorbeeld hieronder), een vertrouwenspersoon voor het kind, is een veelbelovende methode om betrokkenheid van het kind en het gezin te verhogen. Deze methode zou verder onderzocht moeten worden.

Onderzocht moet worden wat jongeren nodig hebben als ze uit behandeling gaan. Het gaat niet alleen om genezing of het leren omgaan met een stoornis, maar ook en vaak vooral om het leren omgaan met de situatie op de langere termijn.

Voor zwaardere hulp, zoals crisisopvang, is het belangrijk dat een kind zo dichtbij mogelijk in een normale gezinssituatie kan opgroeien. Verkennen van verschillende mogelijkheden voor behandeling in de vertrouwde omgeving verdient nader onderzoek.

Goede zorg kijkt verder dan het kind en zijn familie. De sociale context kan een belangrijke rol spelen. Kinderen ontwikkelen zich soms goed na een trauma. Beschermende omgevingsfactoren, zoals aandacht van een sportcoach of van een leerkracht, kunnen daarbij een belangrijke rol spelen. Het beter in kaart brengen en onderzoeken van deze factoren kan veel winst opleveren. In dit kader is de multi-informant-diagnostiek relevant: daarbij wordt niet alleen naar het kind en de ouders geluisterd, maar ook naar bijvoorbeeld een leerkracht. Deze methode wordt door veel partijen gedragen, maar het is niet altijd eenvoudig uit te voeren in de klinische praktijk.

Meer kennis over de maatschappelijke randvoorwaarden voor een gezond kind is zinvol. Het gaat dan om het mobiliseren van steunsystemen en de omgeving om families, wijken, buurten te versterken in het laten opgroeien van kinderen, om de gezonde krachten en relaties rondom het probleemgezin te activeren en te versterken.

*It takes a village to raise a child.* Hoe krijg je in de maatschappij meer bewustwording van het gegeven dat mensen gelukkiger worden als men naar elkaar omkijkt?

Gemeenten zouden meer kunnen doen met de kennis over positieve en negatieve maatschappelijke factoren. Armoede en werkloosheid zijn bijvoorbeeld negatieve factoren. Armoede en psychische problemen versterken elkaar. Kinderen die in armoede opgroeien, hebben moeite met plannen. Hun ouders leven bij de dag. Er is vaak sprake van bijkomende problematiek zoals alcoholmisbruik. De



kinderen leren vaak niet om huiswerk te maken of een afspraak bij de tandarts te maken. Er is ten slotte een duidelijke relatie tussen de hoeveelheid genoten onderwijs en allerlei negatieve maatschappelijke effecten, zoals criminaliteit en armoede. Investeren in goed onderwijs draagt bij aan het generiek verstevigen van de maatschappij.

### Voorbeelden uit de praktijk

JIM – Jouw Ingebrachte Mentor, waarbij een jongere zelf een mentor kiest als steunfiguur om uithuisplaatsing te voorkomen, is een voorbeeld van hoe eigen regie bij de jongere zelf wordt ondergebracht zonder dat hij er vervolgens alleen voorstaat. Dit is een veelbelovend initiatief dat het verdient onderzocht te worden op effectiviteit.

In Amersfoort wordt gewerkt met het begrip 'sociale basisinfrastructuur'; het netwerk van scholen, (sport)clubs, buurtbewoners, etc., dat kan worden ingezet om gezinnen met psychische problemen te versterken.

Verschillende gemeenten werken met buurtgezinnen en met meeleefgezinnen. Deze worden ingezet ter ondersteuning van gezinnen die overbelast zijn.

In Leiden wordt gewerkt met Eigen Kracht-conferenties. Die worden ingezet bij opgenomen jongeren die een suïcide poging ondernomen hebben om hun sociale isolatie te doorbreken.

School2Care in Amsterdam geeft jongeren met zeer complexe problemen een nieuwe, laatste kans alsnog de draad op te pakken. Het zijn leerlingen die niet of nauwelijks nog naar school gaan en weinig perspectief hebben. School2Care biedt een geïntegreerd aanbod van onderwijs, (jeugd)zorg en begeleide vrijetijdsbesteding ('wrap around care').

## Inzetten van ervaringsdeskundigheid

### Vragen

Hoe zetten we jongeren met (vroegere) psychische klachten en hun ouders zelf in bij het verbeteren de zorg? Hoe benutten we hun ervaringen? Wat is het effect van hun inzet en wat zijn de mogelijkheden bij individuele jongeren?

### Doelen

Bij de vormgeving van en onderzoek naar goede zorg kan de inbreng van ervaringsdeskundigheid van de jongeren zelf en van hun ouders van grote waarde zijn. Het doel is om na te gaan wat die waarde in welk geval precies is en hoe we daar optimaal gebruik van kunnen maken. Het structureel (en ook betaald) inzetten van ervaringsdeskundigen bij behandeling en bij onderzoeksprojecten komt steeds meer voor, maar het is nog niet standaard, zeker niet in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Er zijn nog veel vragen, bijvoorbeeld of het bij kleinere kinderen standaard te organiseren is en wie dan de meest geschikte ervaringsdeskundigen zouden zijn wanneer het de zorg van jongere kinderen betreft. Er is dus behoefte aan verdere kennisontwikkeling op verschillende vlakken over de inzet van ervaringsdeskundigheid.

### Toelichting

Wanneer we bij de effectmeting van een behandeling ervaringsdeskundigheid als gelijkwaardige kennisbron meenemen, kan dat veel inzicht opleveren. Daarbij zijn patiënten niet enkel bron van te includeren data maar worden zij ook gesprekspartners. Metingen kunnen gedaan worden aan de hand van scorelijsten, maar ook bijvoorbeeld de biografie van patiënten kan methodisch worden aangewend voor het nagaan van behandel-effecten.

Innovaties op het gebied van e-health en de inzet van sociale media bieden mogelijkheden om ervaringsdeskundigen beter in te zetten in de praktijk. Er hoeft niet altijd een behandelaar achter de app te zitten; lotgenoten kunnen elkaar ook helpen. Het nader onderzoeken wat lotgenoten voor elkaar kunnen betekenen verdient aandacht. Ook ervaringsdeskundige ouders hebben andere ouders veel te bieden, onder meer op het gebied van praktische zaken regelen. Of zij kunnen bijvoorbeeld meegaan naar de wijkteams van gemeenten, hun verhaal doen in de media, ervaringsverhalen vertellen over gevolgen van de transformatie.

Jongeren en gezinnen kunnen meer worden betrokken bij de ontwikkeling van programma's. De mogelijkheden van samenwerking tussen behandelaren en ervaringsdeskundigen en ervaringsdeskundige ouders moeten verder onderzocht worden.

Hier ligt ook een relatie met persoonsgerichte zorg. We moeten nagaan in welke mate de ervaring van

anderen hierbij kan helpen, zowel in de diagnostiek als tijdens de behandeling. Wanneer zij aangeven dat ze vooral behoefte hebben aan een goed gesprek en niet aan allerlei methoden, protocollen en labels (zoals onlangs werd aangegeven op een congres over transitiepsychiatrie), moet dat worden meegenomen.

### Voorbeelden uit de praktijk

Bij de ontwikkeling van de Generieke Modules Psychische klachten in de kindertijd en Organisatie van zorg voor kind en jongere zijn ervaringsdeskundige ouders en jongeren betrokken.

## Ouders met psychische problemen

### Vragen

Hoe voorkom je dat kinderen van volwassenen met psychische problemen zelf psychische problemen ontwikkelen? Kunnen we de kinderen die problemen ontwikkelen herkennen en bereiken? Hoe kunnen we het gezin rondom een kind met psychische problemen steunen?

### Doelen

Er is meer aandacht nodig voor KOPP/KVO (Kinderen van Ouders met Psychische Problemen/Kinderen van Verslaafde Ouders). Door onderzoek leren we hoe deze groep beter te herkennen en hoe we hun noden beter kunnen inschatten, zodat deze ouders en kinderen gepast geholpen worden. Uiteindelijk willen we hiermee bereiken dat de kinderen zelf geen psychische problemen ontwikkelen of dat het ontstaan tijdig herkend wordt.

Het gebruik van de Kindcheck behoeft nader onderzoek. Er zijn zorgen dat deze onvoldoende wordt ingezet of enkel als een afvinklijstje gehanteerd.

### Toelichting

Kinderen van ouders met psychische problemen lopen zelf ook meer risico op psychische problemen. Multiprobleemgezinnen hebben veel overlap met de KOPP-problematiek. In deze gezinnen komt veel stress- en traumagerelateerde problematiek voor en psychosociale problemen, zoals financiële problemen en relatieproblemen. Voor dergelijke gezinnen waar psychiatrische problematiek speelt is gezinspsychiatrie nodig, wat betekent dat er aandacht is voor de problemen van elk van de gezinsleden. Een complicerende factor is dat multiprobleemgezinnen niet zelden het minst goed de weg weten te vinden naar passende zorg.

In gevallen van kindermishandeling blijkt vaak dat de ouders psychische problemen hebben.

Hoewel kinderen van ouders met psychische problematiek een verhoogd risico lopen, is zorgvuldigheid essentieel. Ouders willen doorgaans het beste voor hun kind, en ze weten vaak heel goed hoe met hun problemen om te gaan zonder hun kinderen te schaden. Het is van belang hun kracht te versterken.

Er wordt ook expliciet aandacht gevraagd voor de psychische kwetsbaarheid van ouders. Het werkt ook andersom: door een ziek kind kunnen ouders psychische klachten ontwikkelen zoals een burn-out of depressie, wat weer effect heeft op het kind. Bij KOPP-kinderen is vaak moeilijk te bepalen wat de kip en het ei is. Die samenhang behoeft nader onderzoek.

Bij de verloskundige en op het consultatiebureau wordt veel informatie gegeven over lichamelijke zaken, maar voor het feit dat het krijgen van een kind je psychische kwetsbaarheid kan vergroten, is veel minder aandacht. Ook een buurtteam kan al tijdens de zwangerschap worden ingezet om in contact te komen met kwetsbare ouders. Ouders weten niet wat hen overkomt als hun kind een psychiatrische aandoening heeft. Ook de broers en zussen van een patiënt hebben soms extra zorg nodig. Als zij zelf geen diagnose hebben, hebben zij geen recht op zorg. Dit behoeft aandacht, hun problemen worden onvoldoende erkend.

### Voorbeelden uit de praktijk

Recentelijk krijgt het onderwerp KOPP/KVO meer aandacht, vooral vanuit een risicobenadering, ook vanuit het ministerie van VWS en het Trimbos instituut. Het Trimbos instituut organiseert twee keer per jaar het Landelijk Platform KOPP/KVO en er komt een landelijke expertisegroep KOPP-problematiek. Zie verder [www.koppkvo.nl](http://www.koppkvo.nl).

In het project Kopp & Schouders van Labyrint In Perspectief is een flowchart voor KOPP ontwikkeld die afgenomen wordt bij opname van psychiatrisch zieke mensen.

## Transitiepsychiatrie – de overgang naar volwassenheid

### Vragen

Wat is ervoor nodig om de systemen van jeugd- en volwassen-ggz zo te laten aansluiten dat volwassen worden goede zorg niet belemmert? Hoe houden we jongeren aan boord die zorg nodig hebben? Hoe ontwikkelen stoornissen zich van de adolescentie naar de jongvolwassenheid? Hoe zorgen we dat jongeren als ze volwassen worden de verschillende knelpunten op alle levensgebieden kunnen hanteren?

### Doelen

Als jongeren 18 jaar worden, zijn ze voor de wet volwassen. Vanaf dat moment moeten en mogen zij van alles. Wettelijk mag 18 jaar een scherpe scheidslijn zijn, op sociaal en emotioneel vlak is het dat niet. De problemen lopen na het 18e jaar door, maar de zorg wordt niet meer op dezelfde manier gefinancierd. Wat we beogen, is dat de zorg wordt gecontinueerd als een kind volwassen wordt. Om dit te bereiken, moeten belemmeringen worden geïdentificeerd. Uiteindelijk moet dit ons helpen om er bij individuen voor te zorgen dat de overstap naar de volwassenheid naar behoren verloopt.

### Toelichting

Ggz-organisaties doen pogingen om de behandeling voort te zetten na 18 jaar, maar dat is lastig doordat er praktisch gezien twee systemen zijn: de kinder- en jeugdpsychiatrie en de volwassenpsychiatrie. De kinder- en jeugdpsychiatrie heeft een heel systeemgerichte benadering, die in de volwassenpsychiatrie minder nadruk krijgt. Die kunstmatige scheiding die de transitie versterkt heeft is voor de behandeling van de jongere niet bevorderlijk. De verbinding tussen volwassenpsychiatrie en kinder- en jeugdpsychiatrie is juist van belang. De gescheiden financiering heeft voor de transitiepsychiatrie het probleem vergroot ten opzichte van de situatie voor de transitie jeugdzorg.

Behalve de scheiding van financiering tussen de gemeente en de zorgverzekeraar, is er bij veel ggz-organisaties ook een scheiding tussen de behandeling van kinderen en volwassenen. Meer samenhang tussen deze groepen zou bevorderlijk zijn voor de continuïteit van de zorg rondom het 18e jaar. Een ander probleem is dat ouders na de 18e verjaardag van hun kind soms ervaren dat ze buitenspel gezet worden. Dit begint al vanaf het moment dat het kind 16 is en de jongere zelfstandig besluiten mag nemen over de zorg en toestemming van ouders niet meer vereist is. Veel jongeren kunnen het dan nog niet alleen af. Het komt ook veel voor dat adolescenten geen zorg meer willen: ze blijven weg om pas terug te keren als de problematiek fors verergerd is. Het is dus belangrijk dat ouders en behandelaars ruim voor die tijd samen bespreken wat een kind aankan en hoe de zorg na de 18e verjaardag wordt ingericht. Alle aspecten, zoals wonen, inkomen en studie moeten daarbij integraal bekeken worden. Een steunfiguur voor een jongere die de leeftijd van 18 jaar bereikt kan veel helpen.

### Voorbeelden uit de praktijk

Verschillende ggz-organisaties in Nederland doen mee aan het Europese [Milestone](#) onderzoek. Daarin wordt gekeken naar een natuurlijk verloop in de transitie naar volwassenheid, naar behandelingen en naar transitie management.

Ggz-organisaties in Amsterdam en Maastricht doen ervaring op met het Australische [Headspace](#)-model, waarbij expertise van jeugd-ggz en volwassen-ggz zijn gebundeld in een zorgsysteem waarin de zorg voor jongeren in de transitiefase is geregeld.

In het project [I'm Ready!](#) Hebben jongeren 10 aanbevelingen geformuleerd voor de jeugdhulp rondom 18-/18+.

## Kennis ontwikkelen en delen

Er is behoefte aan het ontwikkelen en delen van kennis in verschillende vormen. Ze zijn hieronder uitgesplitst in *Samenwerken*, *Kennis ontwikkelen en delen tussen ggz-organisaties en gemeenten*, *Specialistische kennis delen met het voorveld* en *Kennis ontwikkelen en delen tussen ggz-organisaties onderling*.

### Samenwerken

#### Vragen

Er is heel veel kennis, maar hoe benutten we die zolang die onvoldoende is toegepast en niet samengebracht? Wat is een werkbaar netwerkmodel, waarin men elkaar snel kan consulteren zonder te verzanden in bureaucratie? Wat kunnen we leren van de Academische Werkplaatsen op het gebied van kennis uitwisselen?

#### Doelen

Beoogd wordt verbetering in de samenwerking tussen partijen uit de eerste, tweede en derde lijn die met jongeren werken om bij te dragen aan goede zorg met een effectieve in-, door- en uitstroom.

#### Toelichting

De afstemming tussen partijen als wijkteam, school en ouders is essentieel. Als een kind bijvoorbeeld zelfstandiger wordt, moeten alle aspecten, zoals wonen, inkomen en studie integraal bekeken worden. Verschillende netwerken moeten regelmatig overleggen over wat nodig is. Dat vraagt om vertrouwen en snel schakelen.

Ook zorgorganisaties onderling kunnen meerwaarde halen uit uitwisseling en samenwerking. Een nieuw netwerkmodel vraagt om een cultuurverandering bij alle partijen en organisatorische flexibiliteit. Als je bijvoorbeeld vanuit een zorgorganisatie even snel inspringt bij een andere partij, zou je dit bij de gemeente moeten kunnen verantwoorden.

Met de Academische Werkplaatsen is een interessante methode gecreëerd om verschillende organisaties bijeen te brengen en op gebied van ervaringsdeskundigheid, beleid, praktijk en wetenschap samen te werken. Hiermee wordt beoogd relevante vragen op te halen, en onderzoek uit te voeren dat vanaf het begin gericht is op praktische bruikbaarheid. Nadruk wordt gelegd op participatie van betrokkenen en implementatie.

De praktijk wordt betrokken wat ten goede komt aan de haalbaarheid van de uitvoering en implementatie. Behandelaren, wetenschappers en patiënten komen tot een gezamenlijk onderzoek of protocol en voelen zich daar eigenaar van.

De overdracht van wetenschappelijke kennis naar de beroepsopleidingen behoeft apart aandacht.

#### Voorbeelden uit de praktijk

Yulius bouwt aan een onderwijs-zorgnetwerk met hogescholen. Aandacht gaat onder meer uit naar extreem pesten maar er wordt ook onderzoek gedaan naar subtielere vormen, zoals uitsluiting en ongewenste sociale omgang.

De [Academische Werkplaats SAMEN](#) waar onder meer Curium-LUMC in participeert, onderzoekt belemmerende en beschermende factoren in de jeugdteams (gezin aan Zet project). Tegelijk wordt een zelfevaluatiecyclus ontwikkeld die teams helpt hun competenties te verhogen. De inbreng van jeugdteams, werkers en ouders en jongeren is in dit project cruciaal.

## Kennis ontwikkelen en delen tussen organisaties en gemeenten

### Vragen

Wat zijn gezamenlijke onderzoeksvragen voor de kinder- en jeugdpsychiatrie en gemeenten? Hoe organiseren we systematische kennisoverdracht? Wat weten we al maar wordt nog niet goed geïmplementeerd?

### Doelen

Vaak zit er een grote stap tussen een wetenschappelijk artikel of proefschrift en toepasbare kennis en bruikbare producten. Die vertaalslag moet gemaakt worden. Daarin heeft het Kenniscentrum Kinder- en jeugdpsychiatrie een belangrijke rol. Op lokaal niveau is kennisuitwisseling en verspreiding eveneens cruciaal, met alle ggz-partners, onderwijs en gemeenten.

### Toelichting

Onderzoekscentra moeten sensitief zijn voor vragen die via de gemeenten vanuit de praktijk opkomen. Zij kunnen bijvoorbeeld een gezamenlijk onderzoek ontwerpen dat zich richt op de beschermende en risicovolle omgevingsfactoren in het opgroeiklimaat. Of rondom de KOPP-problematiek en de toepassing van de kindcheck. Gemeenten kunnen meedraaien in pilots van de centra. Zo wordt voor gemeenten zichtbaar wat er gebeurt in het veld en kunnen ze hun beleid daarop afstemmen. Initiatieven waarbij een inhoudelijk gesprek wordt georganiseerd tussen gemeenten en professionals worden vaak als waardevol ervaren. Het versterkt het onderlinge begrip van de verschillende werkvelden.

Er is niet altijd nieuw onderzoek nodig. Soms gaat het vooral om kennisoverdracht en implementatie. Er is behoefte aan een inventarisatie van wat we wel weten, maar nog niet goed implementeren. Er is nog geen staalkaart van bewezen effectieve behandelingen. Er zijn bijvoorbeeld acht tot tien antipest-programma's van verschillende kwaliteit. Scholen kiezen zo'n programma uit om mee te gaan werken maar weten niet of ze een goede keuze maken.

De beschikbare kennis kan mogelijk ook veel meer worden ingezet door bijvoorbeeld de Kinderbescherming. Als dit beter gebeurt, hoeven er wellicht minder kinderen uit huis geplaatst te worden.

Voorafgaand en ook tijdens het onderzoeksproces moet de vraag gesteld worden hoe de kennis geïmplementeerd wordt. Hierin zou een partnership moeten worden aangaan met gemeenten waarin zij worden meegenomen in de ontwikkeling. Dat werkt veel beter dan aan het eind van het traject een kant-en-klaar product aanbieden.

### Voorbeelden uit de praktijk

In Utrecht wordt geëxperimenteerd met gezamenlijke pilots tussen gemeente en UMCU.

Karakter maakt al een toegepaste wetenschappelijke agenda, gericht op gemeenten.

Accare organiseert refereravondjes die worden voorafgegaan door 'promo-pitches' waarin promovendi hun onderzoek in zeven minuten toelichten, inclusief de maatschappelijke relevantie. Sommige gemeenten hebben een adviesraad waar onderzoeksresultaten worden voorgelegd en besproken. Ook zijn er kennisateliers.

De regio Rotterdam heeft een praktijktafel en een bestuurstafel voor de wijkteams waarbij de ggz ook aan tafel zit. Dat gesprek zou ook meer over de inhoud kunnen gaan, bijvoorbeeld met een kennistafel.

## Specialistische kennis delen met het voorveld

### Vragen

Hoe zorg je ervoor dat een wijkteammedewerker bedenkt dat hij wellicht GGZ-expertise moet inschakelen? Hoe zorg je voor een voortdurende voeding van wijkteammedewerkers en huisartsen die al zo veel verschillende onderwerpen in hun takenpakket hebben? Hoe equipeer je scholen zo dat ze langdurig schoolverzuim tegen kunnen gaan?

### Doelen

Het is een uitdaging om de juiste expertise snel op de juiste plek te krijgen. Het gaat er om dat men een antenne voor psychische problemen ontwikkelt.

### Toelichting

Mental Health First Aid (eerste hulp bij psychische problemen) zou veel verder kunnen worden ontwikkeld. Dat kan door leerkrachten kennis mee te geven over bijvoorbeeld IQ-profielen en leerstijlen en over prikkelverwerking. Of door kennis over methoden om ADHD-patiënten te behandelen, in te brengen in opvoedcursussen bij wijkteams of op school.

Ook pleeghouders zijn gebaat bij een structurele vorm van kennisoverdracht vanuit de kinder- en jeugdpsychiatrie. Zij kunnen geholpen worden bij de omgang met kinderen met hechtingsproblematiek. Dat gebeurt nog niet stelselmatig.

Een ernstig signaal is dat de omgang met suïcidale jongeren na de decentralisatie van de zorg problematischer is geworden. Het lijkt alsof de maatschappij minder toegerust is op jongeren met een crisisachtige problematiek. Het is van belang te onderzoeken hoe vaardigheden in de omgang met suïcidaliteit ontwikkeld kunnen worden.

Ook andere sectoren moeten beter gebruik kunnen maken van de specifieke kennis in de kinder- en jeugdpsychiatrie. De kinder- en jeugdpsychiatrie is kennisintensief terwijl psychiatrie in de beschrijving van problemen bij veel andere specialistische jeugdhulp voorkomt. Het zou mooi zijn als de kennis die in deze sector wordt ontwikkeld, breder ingezet kan worden. De doelgroep is immers sterk verspreid. Administratief moeten er geen obstakels liggen. Als een psychiatrische instelling wordt gevraagd om advies te geven of kennis over te dragen aan een school of jeugdgezondheidsdienst, moet de financiering geen knelpunt vormen, zeker met een verdergaande ambulantisering. Ook is er veel vraag van scholen naar preventieprogramma's, maar vaak stokt het enthousiasme als men hoort dat het niet gratis is.

Van sommige therapieën is wetenschappelijk bewezen dat de deelnemers er slechter van worden. Toch worden die instrumenten nog steeds ingezet. Een voorbeeld is het populaire bootcamp: gevoelsmatig denk je dat het goed is voor lastige jongens, maar het is dé plek gebleken om extra gedragsproblemen te ontwikkelen. Het is de taak van de academische kinder- en jeugdpsychiatrie om duidelijk te maken dat dergelijke instrumenten niet goed werken.

### Voorbeelden uit de praktijk

Karakter heeft een ontwikkelingsaanbod voor de reguliere kinderopvang en school gemaakt voor kinderen die een psychiatrische diagnose hebben. Begeleiders wordt bijvoorbeeld geleerd hoe je luiers verschoont bij een overgestresst of autistisch kind.

Accare krijgt veel vragen van leerkrachten over hoe ze met kinderen met autisme moeten omgaan. In de Academische Werkplaats Autisme wordt erop ingezet de kennis over autisme van leerkrachten tijdens de opleiding te vergroten.

Een ander voorbeeld is het programma "Druk in de klas", waarin leerkrachten leren omgaan met drukke kinderen. Bij de pabo is men enthousiast over deze kennisoverdracht.

Het is echter ook belangrijk om de vaardigheden direct in de praktijk te brengen, bijvoorbeeld door een orthopedagoog met gedragskennis aan te stellen op school. De GGD in Amsterdam heeft nauw contact met de jeugdgezondheidszorg, die sterk medisch georiënteerd is. De GGD probeert hun vroegsignalering met onderzoek te onderbouwen en met deze partner meer ggz-gerelateerde kennis uit te wisselen. Mondriaan heeft het [programma BOKS](#) ontwikkeld; een preventief programma, op en met scholen gegeven ter vroeg detectie van verslavingsproblematiek bij jongeren.

Ook zijn er programma's ontwikkeld door preventiemedewerkers, om aanstaande brugklassers met sociale kwetsbaarheden voor de start van de middelbare school vaardiger te laten starten in de brugklas.

## Kennis ontwikkelen en delen tussen organisaties onderling

### Vragen

Hoe realiseren we meer afstemming en samenwerking tussen het werk van de zeven academische centra in Nederland op het gebied van kinder- en jeugdpsychiatrie om de kennisoverdracht te verbeteren? Hoe vergroten we de prikkel om kennis onderling te delen? Wie heeft welke specifieke kennis?

### Doelen

Het begint met van elkaar te weten wat iedereen doet. Een landelijk overzicht van thema's die bij de academische centra worden ontwikkeld geeft iedereen zicht op welke kennis er bij andere partijen aanwezig is. Het Kenniscentrum kinder- en jeugdpsychiatrie maakt online een overzicht beschikbaar van recent afgerond en lopend wetenschappelijk onderzoek in de kinder- en jeugdpsychiatrie, dat doorlopend kan worden aangevuld.

Verder kunnen meer gezamenlijke thema's worden opgepakt en gezamenlijk onderzoek uitgevoerd. Dit is ook wenselijk met het oog op inclusie van grotere groepen.

### Toelichting

Bundeling van kennis en krachten binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie levert veel op. Een mooi voorbeeld daarvan is het e-health platform *Jouw Omgeving* dat de EKJP heeft ontwikkeld. Er liggen echter ook halve producten, zoals games, waarvoor onvoldoende middelen zijn om ze af te maken. Veel onderzoek dat centra uitvoeren, kan verder ontwikkeld worden en in landelijk verband opgepakt worden. Als elders in het land onderzoek wordt gedaan naar effectiviteit, willen we die kennis ophalen en niet ieder zelf het wiel laten uitvinden. Als we elkaar ontmoeten, ontstaat een podium om kennis te delen. Onderlinge afspraken waarbij een of twee centra verantwoordelijk zijn voor een bepaald thema, zoals e-health, zijn het verkennen waard.

### Voorbeelden uit de praktijk

Het e-health platform *Jouw Omgeving* dat de EKJP heeft ontwikkeld is een mooi voorbeeld van bundeling van kennis en krachten binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie.

## Publieke informatie inzetten voor de jeugd-ggz

### Vragen

Hoe kunnen we informatie uit publieke diensten aanwenden voor de kennisontwikkeling van de jeugd-ggz? Welke kennis over de algemene bevolking helpt ons bij vroegsignalering?

### Doelen

Er kan veel informatie verkregen worden uit het volgen van grote groepen kinderen. Gerichte toepassing van deze kennis zou een grote verrijking van de jeugd-ggz kunnen zijn.

### Toelichting

Er zijn verschillende grote langlopende onderzoeksprojecten waar gezondheidsgegevens onder de algemene bevolking wordt verzameld. Los daarvan is er al een schat aan data, onder andere bij de gemeenten. Het ontsluiten ervan is lastig in verband met privacywetgeving maar niet onmogelijk. Er zijn mogelijkheden om bijvoorbeeld met diverse partijen (gemeente, school, ggz, ouders) scrumsessies te houden om betekenis te geven aan (geanonimiseerde) praktijkdata. De gemeente Houten is samen met de gemeente Nieuwegein en de Universiteit Utrecht bezig met het opzetten van een monitor voor jeugd en is voornemens daarvoor bestaande datasets te koppelen. Dit zou meer waarde krijgen wanneer de schaal wordt vergroot. Er zou ook meer gebruik gemaakt kunnen worden van de informatie die jeugdgezondheidsdiensten hebben, waar alle kinderen worden gescreend. Een consultatiebureauarts kan bijvoorbeeld aangeven bij welke kinderen hij risico's ziet.

### Voorbeelden uit de praktijk

*YOUth* is bijvoorbeeld een grote cohortstudie van het UMCU waaraan zwangere vrouwen en de kinderen die zij krijgen deelnemen. Het onderzoek richt zich op hersenontwikkeling, genetisch onderzoek en omgevingsparameters.

*Generation R* onderzoekt sinds 2001 de groei, ontwikkeling en gezondheid van 10.000 opgroeiende

kinderen in Rotterdam. Hier liggen kansen om de gegevens van klinische populaties te verbinden met die van de brede bevolking.

## Normaliseren en het effect van labels

### Vragen

Wat is ervoor nodig dat mensen het normaal vinden om hulp te vragen bij psychische problemen? Hoe stel je een diagnose zonder daarmee een kind apart te zetten? Wat is de relatie tussen labels en stigmatiseren?

### Doelen

Om kinderen met psychische problemen goed te kunnen helpen dient de bandbreedte van wat normaal is vergroot te worden. Normaliseren is ook onderdeel van de transformatiedoelen. Hulp vragen op zichzelf dient genormaliseerd te worden. Problemen hebben betekent niet dat je niet normaal bent. Normaliseren moet uitdrukkelijk niet vertaald worden als bagatelliseren, waardoor mensen te lang blijven rondlopen met hun problemen.

### Toelichting

Er moet voor gewaakt worden kinderen uit hun systeem te halen met een diagnose. De context is van groot belang voor de algehele ontwikkeling van het kind. We weten nog weinig van de effecten van labels op de identiteitsontwikkeling van kinderen. Mogelijk leidt angst voor labels tot zorg mijden. Aan de andere kant komt het voor dat ouders gaan 'shoppen' om een label voor hun kind te krijgen, om toegang tot betaalde zorg te realiseren. En, als je goed indiceert, heeft een label een relevante functie, bijvoorbeeld doordat jongeren zich soms pas serieus genomen voelen als ze een diagnose krijgen. We weten alleen nog te weinig van wat het krijgen van een label teweegbrengt.

In Zweden is het bijvoorbeeld gebruikelijker dan in Nederland dat kinderen een poosje naar een pleeggezin gaan als de ouders even niet voor hen kunnen zorgen. Er zijn voldoende pleeggezinnen en de drempel om aan te geven dat het even niet gaat, is veel lager dan in Nederland. Het is interessant om te kijken waar dat verschil vandaan komt en of wij iets van die praktijk kunnen overnemen als die inderdaad van meerwaarde is.

Het onderwerp roept ook vragen op over effectiviteit. Onderzoek naar de effectiviteit van normaliseren in de dagelijkse leefomgeving, afgezet tegen labels en medicaliseren zou meer inzicht en onderbouwing voor dit thema geven.

Ook hier komt de waarde van een sterke basisinfrastructuur naar voren. Als er voor een stabiele mentaal gezonde ontwikkelingsomgeving wordt gezorgd en een kind valt vervolgens alsnog uit, dan weten we dat er echt iets aan de hand is. Als het basissysteem goed op orde is, pikken we dat kind er gemakkelijker uit.

### Voorbeelden uit de praktijk

In Vermont is een trapsgewijs model opgebouwd voor het stimuleren van gezonde ontwikkeling van kinderen. Op basis van dit model is duidelijk welke hulp ingezet kan worden. Het model is drie jaar geleden opgezet en levert nu resultaten.

In de MIND Young Academy worden psychische problemen bespreekbaar gemaakt op het VMBO en MBO.

## Organisatie van zorg sinds de transformatie

### Vragen

Vroegsignalering moet sinds de transitie veel meer plaatsvinden bij gemeentelijke organisaties of huisartsen. Hoe wordt deze kennis geborgd en gedeeld? Wat is de waarde van diagnostiek en hoe vertaal je dat in prognoses? Hoe willen we dat het zorglandschap wordt ingedeeld, waar liggen de taken en verantwoordelijkheden? De bredere vraag is: hoe schakelt het allemaal? Hoe sluit de kinder- en jeugdpsychiatrie op alles aan na de transitie?

Hoe kunnen we voldoende zorg op maat bieden aan kinderen en er tegelijkertijd voor zorgen dat andere kinderen niet te lang op een wachtlijst blijven staan? Hoe kan een behandelaar aan het begin van een behandeling de trajectduur aangeven als hij of zij het kind nog niet goed heeft leren kennen?



## Doelen

De transitie is een groot experiment, waarvan nog niet bekend is hoe het uitpakt op de lange termijn. Wat we willen is een integraal en ontschot aanbod van hulp voor kinderen met psychische problemen, onder meer door een betere samenwerking en meer verbinding tussen specialistische jeugd-ggz en jeugd- en opvoedhulp. Kennis over zulke initiatieven is echter versnipperd. De organisatie van de zorg sinds de transformatie vormt een belangrijk object voor onderzoek.

## Toelichting

Organisatorisch levert de transitie nog een groot aantal vragen op die wetenschappelijke onderbouwing behoeven. Er wordt nog te veel een korte termijnperspectief gehanteerd. De budgetten dwingen dat af. Aanbieders hebben behoefte aan langlopende contracten met gemeenten, waarbij pas na een tijdje wordt afgerekend als de inspannings- of resultaatsverplichting is gerealiseerd. Dan kan aandacht gegeven worden aan vragen als: wat willen we bereiken in 2020, hoeveel gaan we investeren in preventie, hoeveel dure, complexe zorg hebben we dan straks minder nodig?

Het is een belangrijke opgave de specialistische kennis te bewaken bij het integraal werken in de wijk met partners, bijvoorbeeld met een Jeugd-FACT.

Aandacht wordt gevraagd voor een gezamenlijke benadering van complexe meervoudige problematiek; kinderen met psychische en forse systeemproblematiek. Noodzakelijk is dat er vanuit de kinder- en jeugdpsychiatrie wordt samengewerkt met andere partijen om de hulp effectief te maken voor deze kinderen. Een belangrijke aanleiding voor de stelselwijziging was dat juist bij de groep met complexe problematiek de jeugdhulp niet/onvoldoende effectief was. Het is een belangrijke uitdaging voor de kenniscentra om juist hierover meer kennis te ontwikkelen.

## Technologische innovatie

### Vragen

Hoe doen we ons voordeel met de snelle ontwikkelingen op technologische gebied? Wat werkt wel en wat niet, en in welke situaties? Welke apps zijn bijvoorbeeld onderzocht op hun effectiviteit?

### Doelen

Er gebeurt veel op het gebied van technologische innovaties in de zorg. E-health, het gebruik van technologie ter ondersteuning of verbetering van de gezondheid en de gezondheidszorg, wordt steeds meer ingezet in allerlei vormen. Wat het ingewikkeld maakt is dat het aanbod overweldigend is en de kwaliteit lang niet altijd bekend. Er is veel behoefte aan overzicht.

### Toelichting

We kunnen en moeten meer gebruik maken van de mogelijkheden van digitalisering, zowel voor effectmeting als voor behandelen. Er zijn echter allerlei toepassingen die op de markt worden gebracht door commerciële partijen met wisselende mate van onderbouwde kwaliteit of effectiviteit. Verder worden er veel verschillende systemen gebruikt die niet op elkaar aansluiten. Technologische toepassingen kunnen binnen een behandeling een zinvolle aanvulling zijn op persoonlijk contact. Dit laatste is van groot belang voor het behandelingsucces en niet vervangbaar. De inzet van toepassingen via sociale media werpt ook vragen op rondom bijvoorbeeld de beschikbaarheid van hulpverleners. De mogelijkheid om even tussendoor te appen met je behandelaar kan prettig zijn voor jongeren en de druk verminderen. Maar moet je als behandelaar dan ook 24/7 beschikbaar zijn voor contact?

### Voorbeelden uit de praktijk

Op [ehealth.kenniscentrum-kjp.nl](http://ehealth.kenniscentrum-kjp.nl) geeft het Kenniscentrum Kinder- en jeugdpsychiatrie een overzicht van e-healthtoepassingen in de jeugd-ggz.

# Bijlage 2: Kennisontwikkeling bij de zeven academische centra voor kinder- en jeugdpsychiatrie

Nederland heeft zeven academische centra voor kinder- en jeugdpsychiatrie: in Amsterdam, Groningen, Utrecht, Nijmegen, Maastricht, Leiden en Rotterdam. Hieronder volgt een korte schets van hun speerpunten en ambities.  
*Inventarisatie januari 2017*

## Nijmegen: Karakter

### Speerpunten:

Oorzaak (omgeving, genetica) en hersenfunctioneren bij autisme, ADHD, agressie/antisociaal gedrag en verslaving. Ontwikkelen en testen van nieuwe vormen van vroegerherkenning, diagnostiek en behandeling bij deze stoornissen. Infant psychiatrie, e-health, psychiatrie bij licht verstandelijk gehandicapten (LVB). Karakter is vooral gericht op ontwikkelingsstoornissen en doet veel praktijkgericht onderzoek. Bijvoorbeeld naar de effectiviteit van diëten. Maar ook fundamenteel onderzoek op het gebied van genetica en hersenen.

### Verder te ontwikkelen:

Diverse projecten gericht op intensivering van de samenwerking met de huisarts, wijkteam, gemeente, jeugdgezondheidszorg, jeugdhulp, en kinderartsen. Deze hebben betrekking op ontwikkelen en toetsen van modellen voor triage, samenwerking met SOH, terugdringen schoolverzuim, training van huisartsen m.b.t. het overnemen van behandelingen. Ontwikkeling en toetsen van nieuwe vormen van ROM. De transitie biedt ook kansen om de kinder- en jeugdpsychiatrie praktijkgericht te maken. Daartoe moeten we onderzoeken hoe de praktijk kan worden geborgd. Met evaluaties, effectstudies, onderzoeken wat de vereiste competentie van een wijkteam zou moeten zijn, wanneer er dient te worden opgeschaald etc.

Verder zijn belangrijke thema's om de komende periode aandacht aan te besteden:

- De vereiste competenties van een wijkteam. Dit zou landelijk kunnen worden opgepakt, waarbij regionale verschillen wel worden ingebouwd.
- Hoe is de kwaliteit en diagnostiek in de eerste lijn? Welke richtlijnen / manuals hebben huisartsen met SOH en POH nodig?
- Kosteneffectiviteitsstudies naar hoe je schaarse middelen zo effectief mogelijk kan inzetten en om het maatschappelijk rendement van de psychiatrie te onderbouwen.
- De triageproblematiek, ook aangehaald door de kinderombudsvrouw, is een belangrijk issue. Sinds de transitie wordt veel nadruk gelegd op stepped care e.d. maar bij sommige problemen is het zaak om juist direct op te schalen. Het systematischer maken van triageren is een belangrijke opgave.

## Utrecht: UMCU

### Speerpunten:

Onderzoek bij ontwikkelingsstoornissen; autisme en ADHD met focus op gedragsinhibitie en sociale competentie d.m.v. genetica, beeldvorming (MRI) en behandelinterventies. Onderzoek naar eerste psychose en verhoogde kwetsbaarheid voor psychose. Onderzoek bij kinderen van ouders met een psychotische stoornis en cohortonderzoek naar de biologische en sociaal-culturele factoren die de ontwikkeling van de jeugd beïnvloeden (Dynamics of Youth).

Voor het UMCU is selectief mutisme een specialisatie. En de inzet van EEG-onderzoek.

Binnen psychotische stoornissen en ontwikkelingsstoornissen zijn de onderzoeksthema's prikkelverwerking, stress, somatiek en immunologie.

### Verder te ontwikkelen:

Samenwerking; deelname aan de academische werkplaats autisme Reach-Aut. Het UMCU participeert in PsyNet en digitale netwerkzorg in de regio Utrecht. Met de gemeente Utrecht wordt samengewerkt in het Big Data Psychiatrie project.

Belangrijke thema's om de komende periode aandacht aan te besteden:

- De verhalenbank inzetten. De behoeften van patiënt en ouders komt tot nu toe nog te weinig in beeld. Met de verhalenbank worden patiëntenverhalen verzameld en onderzocht.
- *Labeling* is een belangrijk thema. In hoeverre is het benoemen dat iemand bijvoorbeeld ADHD heeft bevorderlijk, of beïnvloedt het de identiteitsontwikkeling? En op welke manier? Het labelen suggereert een zwart-wit systeem dat niet realistisch is en geen recht doet aan de soms complexe situaties.
- Het duurzaam maken van onderzoeksthema's. Er is sprake van een versnipperd landschap van projectjes. Er zou meer in programma's gewerkt moeten worden waarin learning loops zijn ingebouwd. Bijvoorbeeld een breed thema als sociale uitsluiting, is ook relevant om met gemeenten op te pakken. Daaronder kunnen thema's als pesten vallen, en radicalisering, adoptie, etc. Wat is het effect van buitengesloten worden en hoe komt het dat dat al heel vroeg gebeurt bij kinderen? Wat kunnen gemeenten doen om ervoor te zorgen dat alle kinderen mee kunnen doen?
- Agressie, kinderen met een ernstige gedragsstoornis, waarbij niks helpt. Jongeren met borderline die suïcidepogingen doen. We weten er geen raad mee. Welk onderzoek zou je kunnen toepassen dat zinvolle antwoorden oplevert? Wellicht meer praktijkonderzoek, bijvoorbeeld op het ontwikkelen van intensieve zorg, proeftuinen waarin alternatieve interventies worden getest.

## Maastricht: Maastricht University

### Speerpunten:

Onderzoek naar het ontstaan en vroegdetectie van psychotische stoornissen, de overgang van adolescentie naar volwassenheid (bijzondere leerstoel Transitiepsychiatrie), intellectuele beperkingen, pediatrisch delier. Het gaat hierbij om zowel klinisch onderzoek als fundamenteel onderzoek met nadruk op genetica en neuro imaging.

### Verder te ontwikkelen:

Ontwikkelen van e-health appliances en games voor jongeren. Ontwikkelen van transdiagnostische, kortdurende interventies voor jongeren. Verdere samenwerking hierin met andere regionale partners zoals gemeente, CJG, hogescholen, TU Eindhoven, GGZE.

Thema's die verder onderzoek behoeven:

- Verder met jeugd-FACT (Flexible Assertive Community Treatment) i.s.m. Mondriaan.
- Transitiepsychiatrie, met name versterking van het zelfbeeld, het Headspace-model.
- ADHD en ASS bij meisjes - de genderspecten ervan.
- Effectstudies naar en vervolgens gestandaardiseerde behandeling maken voor muziektherapeutische bandcoaching voor pubers (in Maastricht).
- Wat veel aandacht nodig heeft landelijk is trauma bij kinderen. Dat ligt nu vooral in Amsterdam maar is zo belangrijk dat het eigenlijk op landelijk niveau op de agenda zou moeten komen.
- Hetzelfde geldt voor middelengebruik bij jongeren. Onderzoek inzetten op vroege interventie, de klinische praktijk. Dit zijn thema's die zeker relevant zijn om samen met gemeenten naar te kijken.
- Meer aandacht voor en onderzoek naar eetstoornissen.

## Amsterdam: De Bascule

### Speerpunten:

AMC: Het ontstaan en behandelen van trauma- en stressorgerelateerde stoornissen, dwangstoornissen, angststoornissen en ticstoornissen. Hierbij gaat het om klinisch onderzoek: screening, diagnostiek en behandel-effecten. Fundamenteel onderzoek: genetica en hersenfunctioneren.

VUmc: Onderzoek naar ontstaan, preventie en behandelen van complexe gedragsstoornissen. Er wordt geïntegreerd fundamenteel- en praktijkonderzoek gedaan, o.a. binnen de Academische Werkplaats Forensische zorg voor jeugd, de Academische Werkplaats Risicojeugd en de Academische Werkplaats bij De Nieuwe Kans. Ook wordt er onderzoek gedaan bij kinderen en jeugdigen met genderdysforie.

### Verder te ontwikkelen:

AMC: Het valideren van een trauma screeningsinstrument geschikt voor onder andere Ouder-Kind Teams, het ontwikkelen van een predictorenlijst voor trauma bij kinderen op de Spoedeisende Hulp, het ontwikkelen en onderzoeken van traumasensitief hulpverleners in de Jeugdhulp/Pleegzorg, het ontwikkelen en onderzoeken van een interventie voor jonge kinderen met gedragsproblemen in de thuissituatie, PCIT-HOME.

Ontwikkelen van decision tools voor verwijzing naar kinder- en jeugdpsychiatrie en uitstroom, te ontwikkelen samen met bijvoorbeeld Top-GGZ. Onderzoek naar transdiagnostische factoren die een rol spelen bij ontwikkeling van psychopathologie en effecten van behandeling.

Het is belangrijk om ook een longitudinaal onderzoek te doen naar de hoogrisico groep in de kinder- en jeugdpsychiatrie. Er zijn wel cohorten, zoals Generation R en Trials, maar die zijn gericht op de normale bevolking.

VUmc: Intensiveren samenwerking met AMC-kjp, invulling geven aan nieuwe landelijke Academische Werkplaats Risicojeugd, uitbreiden van onderzoeksactiviteiten in Europees verband, jongeren meer betrekken bij het opzetten van nieuw onderzoek.

Er zijn veel kansen om samen met gemeenten over zaken als preventie na te denken. Bij trainingen die de Bascule geeft aan wijkteams komen bijvoorbeeld voortdurend mogelijke onderzoeks-thema's naar voren, zoals kindermishandeling, onderzoek naar transdiagnostische klachten en wat speelt er op psychisch niveau bij overlast gevende jongeren. Preventie is ook regio-overstijgend een belangrijk thema. Tenslotte is effectonderzoek van nieuwe vormen van interventie in de wijk en de rol van kinderpsychiatrie daarin een relevant thema.

## Groningen: Accare

### Speerpunten:

Oorzaak (omgeving en genetica) van ticstoornissen, ADHD en autisme spectrumstoornissen. Onderzoek naar effectieve gedragstherapeutische behandelingen en e-health bij ADHD, autisme, eetstoornissen, angststoornissen en verstandelijke beperking. Onderzoek naar ontwikkeling en naleven van diagnostiek- en behandelrichtlijnen; lange termijn effecten van medicatie.

### Verder te ontwikkelen:

Projecten gericht op maatschappelijke kosten en baten van jeugdhulp en effecten van behandelingen op de langere termijn met ROM. Evaluatie van effectiviteit en doelmatigheid van jeugdhulp binnen de nulde en eerste lijn (POH GGZ; sociale wijkteams). Verdere uitbouw van e-health. Onderzoek naar triage binnen nulde en eerste lijn.

Personalized aanpak; wat is het beste voor wie. Onderzoek naar moderatoren.

Onderzoek naar kinderen die onvoldoende verbeteren op geboden behandelingen, jongeren die buiten de boot vallen. Voor zo'n 20% van de jongeren sluit de gangbare behandeling slecht aan omdat ze gedragsproblemen hebben, slecht geconcentreerd zijn, non-response, risico op middelengebruik, etc. Deze (veelal) jongens dreigen maatschappelijk buiten de boot te vallen. Er zouden beter op hen toegespitste behandelprogramma's kunnen worden ontwikkeld.

Begeleiding van jongeren in de fase van volwassen worden.

Kijken naar welke knelpunten de transitie oplevert en wat daaraan gedaan kan worden.

## Leiden: Curium-LUMC

### Speerpunten:

Ontstaan en behandelen van angst- en stemmingsstoornissen, jongeren met ernstige gedragsstoornissen en contact met justitie, en middelenmisbruik en verslaving. Triage in de eerste lijn (jeugdteams en huisarts) en klinisch observationeel onderzoek (ROM). Deze laatste lijn richt zich op het implementeren van bestaande evidence based en innovatieve interventies in de praktijk van de kinderpsychiatrie.

Nieuwe technologieën nemen hierin een belangrijke plaats in. Nadruk ligt verder op participatoir onderzoek (deelname van ouders en jongeren) en interventies gericht op het verhogen van de regie van ouders en jongeren. Parallel hieraan loopt onderzoek naar omgevingsfactoren in relatie tot hersenfuncties en (epi)genetische factoren. In het kader van de samenwerking met Brijder - Parnassia ligt de nadruk thans ook op middelenmisbruik en verslaving.

Praktijkgericht implementatie onderzoek wordt gedaan in het kader van de Academische Werkplaats

SAMEN en risicojeugd. SAMEN is een samenwerkingsverband in de regio's Holland-Rijnland, Midden Holland en Haaglanden.

In samenwerking met de afdeling PHEG (Public Health en Eerstelijngeneeskunde) van het LUMC wordt samengewerkt in het kader van Population Health. Beoogd wordt de (geestelijke) gezondheid van de bevolking te verbeteren door gegevensbestanden te combineren (big data analyse), bijvoorbeeld huisartsen dossiers en ROM gegevens. Daarnaast worden wijkgerichte interventies ontwikkeld gericht op een generieke aanpak en verbetering van welzijn van gezinnen.

#### **Verder te ontwikkelen:**

In het kader van de academische werkplaats Gezin aan Zet ligt de focus op jeugdteams; het verhogen van hun competentie door het implementeren van een zelfevaluatiecyclus en het optimaliseren van regie in gezinnen. Triage is een belangrijk thema; het accuraat identificeren en doorverwijzen naar passende behandeling door alle verschillende verwijzers. Het speerpunt wordt expliciet gericht op vroegdetectie en accurate signalering in de jeugdteams. De lijn met het onderwijs is versterkt door het delen van een lector aan de hogeschool Leiden.

Met de afdeling volwassenenpsychiatrie van het LUMC zal samenwerking worden uitgebouwd op het gebied van intergenerationele psychiatrie. Focus zal met name liggen op de kinderen van volwassenen met een psychiatrische aandoening.

Met de afdeling kinderpsychiatrie wordt onderzoek geïnitieerd bij prematuren. Dit gebeurt in een cohort kinderen die in hun eerste levensjaren al meerdere keren onderzocht is.

## **Rotterdam: Erasmus MC**

#### **Speerpunten:**

Bevolkingscohortonderzoeken naar oorzaken van ontstaan en beloop van (kinder)psychiatrische stoornissen, inclusief beschermende factoren en veerkracht, met implicaties voor preventie (Generation R, iBerry-onderzoek).

(Populatie-)neuroimaging met herhaalde metingen, o.a. in Generation R.

Patiëntgebonden onderzoek: (cohort-, imaging, en interventie)studies op het gebied van ziekenhuispsychiatrie bij kinderen met eetstoornissen met vermagering, ontwikkelingsstoornissen bij genetische syndromen (ENCORE, expertisecentrum neurocognitieve ontwikkelingsstoornissen), autismespectrumstoornissen (heterogeniteit, kwaliteit van leven en zorgconsumptie), angststoornissen, infant mental health (ontwikkeling van jonge kinderen en opvoedingskwaliteiten bij moeders met ernstige psychiatrische stoornissen) en pediatriesch delier. Genetische factoren bij kinderen met kinder- en jeugdpsychiatrische stoornissen.

Transitiepsychiatrie: onderzoek naar transitie naar volwassenenpsychiatrie, in Europees verband (Milestone).

Pediatriesch psychologisch onderzoek: o.a. (cohort- en interventie)studies bij kinderen met aangeboren hartafwijkingen, craniofaciale afwijkingen, chronische darmaandoeningen en kinderen die op de IC opgenomen zijn geweest. Virtual reality exposure bij electieve ingrepen. .

#### **Verder te ontwikkelen:**

Bovenstaande thema's, met name de verbinding epidemiologie, kinderpsychiatrie en volwassenenpsychiatrie. Onderzoek naar somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. Daarnaast is het Erasmus MC betrokken bij de Academische Werkplaats voor de jeugdhulpketen 'Samen Transformeren' (ST-RAW) en de Academische Werkplaats 'Samen Doen!' over participatiebevordering van mensen met autisme.

Prevalentieonderzoek en trendonderzoek zijn belangrijk. De prevalentiecijfers waarmee we in Nederland werken zijn al zo'n 25 jaar oud. Aan prevalentie gerelateerd zijn de verschillen in behoeften aan zorg en verschuivingen in bijvoorbeeld probleemgedrag. Het is belangrijk om te kijken naar de factoren die het ontstaan en beloop van een stoornis beïnvloeden, zoals sociaaleconomische status, urbanisatiegraad, etniciteit etc. Maar ook invloed van peer-relations zoals pesten, mediagebruik, middelengebruik (etiologisch onderzoek).

Vereniging van  
Nederlandse Gemeenten  
Nassaulaan 12  
2514 JS Den Haag  
+31 70 373 82 00  
info@vng.nl

juni 2017

vng.nl