Jeugd-geestelijke gezondheidszorg en het onderwijs

Vooronderzoek internationale verplichtingen, Nederlandse wet- en regelgeving en de huidige samenwerking in de uitvoeringspraktijk

Mr. Chantal Roso
Prof. drs. Dolf van Veen
Drs. Paul van der Velpen
Mr. drs. Jantine Walst

DEFENCE for CHILDREN

geestkracht FNO

Nederlands Centrum Onderwijs en Jeugdzorg

Jeugd-geestelijke gezondheidszorg en het onderwijs

Uitgebreide samenvatting van een vooronderzoek

Chantal Roso & Jantine Walst / **Defence for Children**
Dolf van Veen & Paul van der Velpen | **Nederlands Centrum Onderwijs en Jeugdzorg**

Defence for Children en het Nederlands Centrum Onderwijs en Jeugdzorg (NCOJ) constateren dat er in Nederland een probleem is met het bieden van jeugd-geestelijke gezondheidszorg (jeugd-GGZ) aan kinderen en jongeren en de samenwerking van deze sector met het onderwijs. De jeugd-GGZ blijkt niet voldoende ingebed in de zorgstructuur van het onderwijs waardoor kwetsbare kinderen en jongeren niet de benodigde zorg en onder-steuning krijgen. Aan welke verplichtingen moet Nederland op dit gebied eigenlijk voldoen, hoe is de GGZ voor kinderen en jongeren in Nederland juridisch geregeld, hoe werkt dat in de praktijk en (hoe) kan het beter? Om de samenwerking van de jeugd-GGZ met het onderwijs te analyseren en te bezien hoe deze doelgericht kan worden verbeterd, zijn de twee organisaties begin 2020 gestart met een voorstudie die is gesubsidieerd vanuit het programma GeestKracht van FNO.[1]

De resultaten van het vooronderzoek zijn neergelegd in het rapport 'Vooronderzoek Jeugd-geestelijke gezond-heidszorg en het onderwijs'.[2] *Het gaat daarbij om een verkenning van enerzijds de internationale verplichtingen en de Nederlandse wet- en regelgeving en anderzijds de huidige samenwerking in de uitvoeringspraktijk en kansrijke aanpakken die benut kunnen worden bij vervolgactiviteiten.*

1 Juridisch kader: de verplichtingen van de overheid

1.1 Internationaal kinderrechtenkader

Het VN-Kinderrechtenverdrag (IVRK) vormt samen met het VN-verdrag Handicap de basis voor het internationale kinderrechtenkader. Het IVRK is voor Nederland in 1995 in werking getreden en de Nederlandse Staat moet zich sindsdien houden aan de bepalingen die hierin staan opgenomen. Het VN-verdrag Handicap trad voor Nederland op 14 juli 2016 in werking. De Nederlandse overheid is sindsdien verplicht om zorg te dragen voor een inclusieve samenleving waarin personen met een handicap volwaardig kunnen meedoen.

In het IVRK staat het belang van het kind uit artikel 3 lid 1 centraal. Bij alle maatregelen die betrekking hebben op een kind, moet het belang van het kind de eerste overweging vormen. Om het belang van het kind te kunnen invullen, dient ook naar de andere rechten in het IVRK te worden gekeken. Het IVRK is namelijk een verdrag met een holistisch karakter. Dit betekent dat de rechten uit het verdrag in onderlinge samenhang dienen te worden gezien en moeten worden begrepen als een concretisering van het belang van het kind. In dat kader dient te worden vermeld dat de rechten uit het IVRK, zonder uitzondering, voor ieder kind gelden. Uit artikel 2 IVRK volgt dat de rechten van kinderen worden gerespecteerd en gewaarborgd zonder discriminatie van welke aard dan ook, ongeacht de beperking, waaronder chronische aandoeningen of andere omstandigheid van het kind of zijn ouders of wettige voogd. Het belang van het kind is ook vastgelegd in artikel 7 lid 2 VN-verdrag Handicap.

Om te kunnen bepalen wat in het belang is van een kind met een handicap (fysiek dan wel psychisch), moet onder meer rekening worden gehouden met de mening van het kind (artikel 12 IVRK), zijn individuele identiteit, met zijn recht op gezondheid (artikel 24 IVRK) en zijn recht op onderwijs (artikel 23, 28 en 29 IVRK).

[1] Zie verderop in deze publicatie (pagina 13), het FNO-programma GeestKracht.
[2] Het vooronderzoek is gesubsidieerd vanuit het programma GeestKracht van FNO. Het rapport is beschikbaar op de websites van Defence for Children en het Nederlands Centrum Onderwijs & Jeugdzorg.

Onderwijs dient volgens het IVRK te zijn gericht op de zo volledig mogelijke ontplooiing van de persoonlijkheid, talenten, geestelijke en lichamelijke vermogens van het kind. Onderwijs en geestelijke gezondheidszorg zijn basisvoorzieningen voor kinderen om gezond en veilig te kunnen opgroeien. Inzet van geestelijke gezondheidszorg in het onderwijs is dan ook noodzakelijk om de ontwikkeling en ontplooiing van kinderen met een extra zorg- of ondersteuningsbehoefte te waarborgen. Uit het internationaal juridisch kader volgt duidelijk dat in verschillende verdragen het recht van kinderen op onderwijs en het recht op geestelijke gezondheidszorg afzonderlijk is verankerd in internationale verdragen. Hetzelfde geldt voor het recht op ontwikkeling. Gelet op het holistische karakter van het IVRK, waaruit volgt dat alle afzonderlijke rechten met elkaar samenhangen, kan uit het kader worden afgeleid dat de overheid zich moet inspannen om geestelijke gezondheidszorg in het onderwijs beschikbaar te stellen, zodat kinderen zich zo volledig mogelijk kunnen ontwikkelen en effectief aan het onderwijs kunnen deelnemen.

1.2 Nationaal juridisch kader

Tijdens het vooronderzoek naar het nationaal juridisch kader is gefocust op de verantwoordelijkheden van gemeenten, schoolbesturen en samenwerkingsverbanden. Ook is bekeken of en zo ja in hoeverre de samenwerking tussen onderwijs en jeugd-GGZ is geregeld. Een goede samenwerking tussen onderwijs en jeugd-GGZ is van belang om de rechten van het kind te kunnen waarborgen. Daarnaast is de samenwerking tussen onderwijs en jeugd-GGZ belangrijk om ervoor te zorgen dat jeugdigen die in behandeling zijn, naar school blijven gaan. Scholen spelen een belangrijke rol bij het vroeg signaleren van problemen. Door jeugd-GGZ in en rond scholen te organiseren, kunnen leraren worden ondersteund bij het omgaan met psychische problemen of stoornissen.

Uit wet- en regelgeving volgt duidelijk dat er afstemming en overleg tussen gemeente/jeugdhulp en onderwijs plaats moet vinden. De samenwerking tussen onderwijs en jeugd-GGZ specifiek is daarentegen niet uitdrukkelijk geregeld in wet- en regelgeving. Hierdoor is het niet duidelijk wat de verplichtingen zijn. De samenwerking tussen het onderwijs en de jeugd-GGZ lijkt in de praktijk onder andere in de vorm van zorgadviesteams en onderwijs-zorgarrangementen plaats te vinden. Deze samenwerkingsvormen hebben echter geen wettelijke basis. Dit betekent dat er verschillen zijn in de manier waarop de zorgadviesteams en onderwijs-zorgarrangementen zijn vormgegeven en zijn ingericht.

Verantwoordelijkheid schoolbesturen, samenwerkingsverbanden en MBO-instellingen

De Wet Passend onderwijs brengt sinds 1 augustus 2014 een zorgplicht mee voor schoolbesturen (het bevoegd gezag) van primair- en voortgezet onderwijs, (voortgezet) speciaal onderwijs en MBO-instellingen. Schoolbesturen zijn hierdoor verplicht om te zorgen dat alle kinderen, ook als zij extra ondersteuning nodig hebben vanwege een specifieke onderwijsbehoefte, een passende plek op school krijgen. Voor het primair en voortgezet onderwijs en (voortgezet) speciaal onderwijs geldt dat het samenwerkingsverband en (het bevoegd gezag van) de school verantwoordelijk zijn voor (het bieden van) (extra) ondersteuning voor leerlingen. Het bevoegd gezag van de school stelt iedere vier jaar het schoolondersteuningsprofiel vast waarin de voorzieningen die zijn getroffen voor leerlingen die extra ondersteuning behoeven, staan beschreven. MBO-instellingen vallen buiten de samenwerkingsverbanden. Zij zijn zelf verantwoordelijk voor het vormgeven van het onderwijsaanbod en (extra) ondersteuning.

Ondersteuning

De samenwerkingsverbanden stellen iedere vier jaar een ondersteuningsplan op. In het plan wordt toegelicht hoe het samenwerkingsverband een samenhangend geheel van voorzieningen voor extra ondersteuning binnen en tussen de scholen organiseert. Voordat het ondersteuningsplan wordt vastgesteld, dient echter eerst een op overeenstemming gericht overleg (OGOO) plaats te vinden met de gemeente. Het doel is om passend onderwijs en jeugdhulp op elkaar af te stemmen. Het overleg

vindt plaats volgens een door het samenwerkingsverband en de gemeente zelf vastgestelde procedure. Het bevoegd gezag van een MBO-instelling neemt op uitnodiging van het samenwerkingsverband van het voortgezet onderwijs deel aan het overleg, indien de instelling een of meer vestigingen heeft in het gebied van het desbetreffende samenwerkingsverband. Het overleg is vormvrij en kan per regio verschillen. Ook is de afstemming tussen gemeenten en MBO-instellingen omslachtig. Daarnaast geldt dat de samenwerking tussen onderwijs en jeugd-GGZ niet uitdrukkelijk is vastgelegd in de wet- en regelgeving. Het ontbreekt aan duidelijke afspraken over de functies, toewijzing, het toezicht op de kwaliteit van de uitvoering en het resultaat.

Gelijke behandeling
Uit de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (Wgbh/cz) volgt dat het verboden is om (in)direct onderscheid te maken. Kinderen met psychische problemen mogen niet van onderwijs worden uitgesloten. De Wgbh/cz is van toepassing op alle onderwijssectoren en is van belang wanneer het gaat om het bieden van doeltreffende aanpassingen en grenzen daaraan. Voor leerlingen in het primair en voortgezet onderwijs en (voortgezet) speciaal onderwijs en die bovendien extra ondersteuning nodig hebben vanwege psychische problemen, geldt dat het onderwijs moet worden afgestemd op hun behoefte en ontwikkelingsmogelijkheden. De Wgbh/cz is met name voor het MBO een belangrijke rechtsgrond, omdat hierin de zorgplicht voor MBO-instellingen is verankerd.

Verantwoordelijkheid gemeenten
Sinds 1 januari 2015 zijn gemeenten op grond van de Jeugdwet (financieel) verantwoordelijk voor de jeugdhulp. De Jeugdwet is in beginsel van toepassing op alle in Nederland verblijvende jeugdigen tot achttien jaar. Dit betekent dat ook kinderen zonder verblijfsvergunning recht hebben op jeugdhulp.

Jeugdhulp
Jeugdhulp is een breed begrip, hieronder valt in ieder geval hulp en ondersteuning die wordt geboden aan jeugdigen en hun gezinnen die dit nodig hebben vanwege opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen, beperkingen in zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie. Hulp gericht op het realiseren van (passend) onderwijs valt niet onder de reikwijdte van de Jeugdwet. De jeugd-GGZ vormt een onderdeel van de jeugdhulp. De jeugd-GGZ richt zich op jeugdigen die kampen met psychische klachten of stoornissen.

Afstemming van beleid
De gemeente legt het gemeentelijk beleid met betrekking tot de (uitvoering van) jeugdhulp vast in het gemeentelijk jeugdplan. Gemeenten dienen af te stemmen en effectief samen te werken met het onderwijs. Zo zijn zij verplicht om via het OOGO, het gemeentelijk jeugdplan af te stemmen met het ondersteuningsplan van het samenwerkingsverband van de scholen in het primair en voortgezet onderwijs in de betreffende gemeente. Daarnaast is het doel ook om het opvoedkundige klimaat in onder meer scholen te versterken. Wanneer nodig stemt de gemeente voor het treffen van een individuele voorziening af met het onderwijs. Dit geldt voor zowel het primair onderwijs en voortgezet onderwijs als het (voortgezet) speciaal onderwijs en het middelbaar beroepsonderwijs. Ook hier geldt dat de samenwerking tussen het onderwijs en de jeugd-GGZ niet uitdrukkelijk is geregeld. Gemeenten krijgen de vrijheid om zelf samenwerking te organiseren op onderwerpen waarvoor dit nodig is.

Jeugdgezondheidszorg
Tot slot zijn gemeenten op grond van de Wet publieke gezondheid (Wpg) verantwoordelijk voor de jeugdgezondheidszorg. Ter uitvoering van de jeugdgezondheidszorg draagt de gemeente in ieder geval zorg voor de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen. Bij de uitvoering van de verschillende werkzaamheden wordt waar nodig samengewerkt met het onderwijs, de jeugdhulp en andere relevante zorg- en hulpverleners. De jeugd-GGZ wordt hierbij niet specifiek genoemd.

Achttienplussers
Jongeren vallen zodra zij achttien jaar zijn niet langer onder de Jeugdwet, maar onder de Zorgverzekeringswet. Bij uitzondering kan de jeugdhulp voor jongeren van 18 tot 23 jaar op grond van de Jeugdwet worden verlengd. Voorwaarde is dat de jeugdhulp al voor de achttiende verjaardag is gestart en dat de jongere nog geen 23 jaar is. Wanneer de jongere op het voortgezet onderwijs jeugd-GGZ ontvangt, is het van belang dat deze hulp wordt voortgezet indien de jongere de overstap maakt naar het MBO en nog steeds ondersteuning nodig heeft. De gemeente draagt op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) verantwoording voor maatschappelijke ondersteuning van jongvolwassen leerlingen met psychische problemen. De Wmo is van toepassing op kwetsbare jongeren vanaf achttien jaar en ouder die het niet op eigen kracht kunnen redden in de maatschappij. Er dient periodiek een plan te worden vastgesteld door de gemeente waarin het beleid omtrent de maatschappelijke ondersteuning wordt vastgelegd.

Wanneer een maatwerkvoorziening wordt verstrekt dan wordt, indien nodig, afgestemd met de jeugdhulp en het onderwijs of de scholing die de cliënt volgt of kan volgen. In welke gevallen dit nodig is, volgt echter niet uit de wet.

Conclusie
Uit de Memorie van Toelichting bij de Jeugdwet volgt uitdrukkelijk dat internationale verdragen, zoals het IVRK en het IVRPH (VN-verdrag Handicap) van invloed zijn op de invulling van de jeugdhulpplicht (waaronder ook begrepen jeugd-GGZ) van gemeenten. Zij dienen zich te houden aan de bepalingen die in deze verdragen staan opgenomen. De van toepassing zijnde rechten uit deze verdragen zijn in het internationale kader nauw met elkaar verbonden. Deze duidelijke samenhang ontbreekt echter in de nationale wet- en regelgeving, alsmede in de praktijk. De wettelijke verankering van samenwerking tussen het onderwijs en de jeugd-GGZ is summier. Vastgelegd is dat samenwerkingsverbanden (van het primair en voortgezet onderwijs) en gemeenten hun plannen via een op overeenstemming gericht overleg dienen af te stemmen. Daarnaast dragen zowel gemeenten als schoolbesturen de verantwoordelijkheid om de individuele ondersteuning aan een leerling af te stemmen met andere voorzieningen op het gebied van zorg, onderwijs, maatschappelijke ondersteuning en werk en inkomen. In de wet- en regelgeving is niet expliciet vastgelegd dat tussen het onderwijs en specifiek de jeugd-GGZ dient te worden samengewerkt. Ook ontbreekt het aan duidelijke richtlijnen en kaders in de wet- en regelgeving over het afstemmen en voeren van overleg, dit is vormvrij. Daardoor kunnen per regio verschillen ontstaan die mogelijk van invloed kunnen zijn op de ontwikkeling van jeugdigen.

Voor specifiek het MBO geldt, dat samenwerking tussen de gemeente en het onderwijs überhaupt niet uitdrukkelijk is geregeld. Op MBO-instellingen zitten veel leerlingen van verschillende gemeenten. Gemeenten hebben een eigen jeugdzorgstructuur. Hierdoor moeten MBO-instellingen met veel verschillende gemeenten afstemmen. Tevens ontbreekt het in de onderwijswetgeving aan een wettelijke basis voor zorgadviesteams en onderwijs-zorgarrangementen.

Geconcludeerd kan worden dat de samenwerking tussen het onderwijs en de jeugd-GGZ met de huidige wet- en regelgeving te vrijblijvend is. Om de beschikbaarheid van jeugd-GGZ voor het onderwijs te waarborgen, is duidelijke en uitdrukkelijke verankering van de samenwerking tussen onderwijs en jeugd-GGZ in de wet- en regelgeving noodzakelijk. Er dienen duidelijke afspraken te worden gemaakt over de inzet van jeugd-GGZ ten dienste van het onderwijs, over de verantwoordelijkheden en (het toezicht op) de kwaliteit. Tot slot moet ook duidelijker worden geregeld in welke gevallen de gemeente moet afstemmen met de jeugdhulp en het onderwijs bij het verlenen van een maatwerkvoorziening. Dit geldt ook voor de toegang tot en toekenning van een individuele voorziening en de afstemming met andere voorzieningen op het gebied van zorg, onderwijs, maatschappelijke ondersteuning, werk en inkomen.

2 Verbinding jeugd-GGZ en het onderwijs: stand van zaken en vernieuwing

De beschikbaarheid van jeugd-GGZ voor het onderwijs is in Nederland geen vanzelfsprekendheid. De geestelijke gezondheidszorg opereert veelal als een specialistische tweede- of derdelijnsvoorziening die niet of nauwelijks is geïntegreerd in de zorgstructuur van het onderwijs. Mede hierdoor is de beschikbaarheid van de jeugd-GGZ voor het onderwijs beperkt en is de samenwerking met en ondersteuning van het onderwijs, net als de integratie van dienstverlening, niet voldoende ontwikkeld en ligt het accent vooral op verwijzing, behandeling en interventies en te weinig op vroegsignalering, preventie en normalisering.

Deze situatie is niet alleen een voedingsbodem voor gezondheidsrisico's maar ook voor onderwijsachterstanden van leerlingen indien kinderen en jongeren én hun ouders en leraren niet de hulp en ondersteuning krijgen vanuit het onderwijs en de jeugd-GGZ die zij nodig hebben. Leerlingen en gezinnen met een lage sociaal-economische status en met extra ondersteuningsbehoeften worden hierbij extra getroffen. Maatschappelijk kwetsbare groepen benutten de jeugd-GGZ minder. Als psychische problemen niet worden behandeld, kunnen deze op latere leeftijd aanhouden. Gezien de omvang en urgentie van de psychische problemen en psychosociale problematiek in Nederland, en wetende dat in driekwart van de gevallen de problemen zich aandienen voor het 24e levensjaar, is het zinvol te investeren in de mentale gezondheid en weerbaarheid van kinderen en jongeren. Deze groep omvat ook jeugdigen die niet naar school gaan, vaak verzuimen, onderpresteren of dreigen uit te vallen omdat ze kampen met gedragsproblemen of psychische problemen, zoals angsten, fobieën, depressies, hyperactiviteit, een trauma of psychiatrische stoornissen. In steeds meer landen is de jeugd-GGZ beschikbaar voor het onderwijs en werken steeds meer scholen met preventieve en interventieprogramma's voor geestelijke gezondheid. Nederland loopt daarin achter. Onderzoek laat zien dat dergelijke programma's significante, meetbare positieve effecten hebben op de emotionele, gedrags- en schoolresultaten van studenten.

2.1 Samenwerking onderwijs en jeugd-GGZ

Gegeven de schatting van het aantal kinderen en jongeren met psychische en psychosociale problemen, en gelet op de mogelijkheden van geïntegreerde dienstverlening om hindernissen voor het leren weg te nemen en de leerprestaties en gezonde ontwikkeling van jeugdigen te verbeteren, is het verbazingwekkend te constateren dat pogingen om de leerlingenzorg structureel te verbinden met lokale en gespecialiseerde hulpverlening voor jeugdigen met psychosociale en psychische problemen en hun gezinnen niet nog meer aandacht hebben gehad binnen het onderwijs en jeugd(zorg)beleid in Nederland.

De onderwijspraktijk laat zien dat scholen verschillende posities in kunnen nemen met betrekking tot het reageren op maatschappelijke vraagstukken, problemen en ondersteu-ningsbehoeften van leerlingen. Zo zijn er scholen die kiezen voor een relatief smalle opvatting van hun kerntaken en hun pedagogische en maatschappelijke functie, terwijl andere scholen vorm en inhoud geven aan een bredere taakopvatting. Mede afhankelijk van deze keuze werken scholen meer of minder actief samen met sociale hulpbronnen van buiten de school zoals educatieve en sociaal-culturele voorzieningen als ook maatschappelijk werk, gezondheidszorg, jeugdzorg en jeugdbescherming. Voor wat betreft de zorginstellingen kan deze samenwerking zich richten op goede verwijsrelaties, op het bieden van consultatiemogelijk-heden en deskundigheidsbevordering voor leerkrachten, maar bijvoorbeeld ook op het verbeteren van de afstemming tussen de inzet van de school en externe hulpverlening voor leerlingen, op preventieve en curatieve activiteiten van hulpverleningsinstellingen in de school of op de integratie van de zorgverlening aan leerlingen, al dan niet binnen de muren van de school.

De afgelopen 25 jaar zijn zorgteams en zorgadviesteams (hierna ZAT's) in het primair en voortgezet onderwijs, het (voortgezet) speciaal onderwijs en het middelbaar beroepsonderwijs een centraal

multidisciplinair netwerk met casusoverleg geworden waarin het onderwijs samenwerkt met professionals uit vooral het (speciaal) onderwijs, het welzijnswerk, de jeugdhulp en de gezondheidszorg om kinderen en jongeren met (vermoedens van) emotionele, gedrags-, ontwikkelings- en/of schoolleer-problemen en hun gezinnen en leraren te ondersteunen. Idealiter gaat het om structurele samenwerking met benodigde partijen, om inbedding in de zorgstructuur van de school en aansluiting bij de leerlingenzorg van het onderwijs en de ondersteuning voor leerkrachten daarbij. Het ZAT biedt zelf in samenwerking met betrokken leerkracht(en), leerling en ouders/verzorgers directe ondersteuning en/of activeert zo snel mogelijk de juiste hulp en ondersteuning voor de leerling, zijn ouders en leerkrachten en stemt deze hulp af op de geboden (speciale) onderwijszorg. Bij de implementatie en ontwikkeling van de ZAT's zijn gaandeweg vroegsignalering en de inzet van preventieve programma's in en om de school belangrijker geworden en opgenomen in het kwaliteitskader.

Op dit moment heten de teams op veel plaatsen 'ondersteuningsteam', ook wel 'MDT's' (multidisciplinaire teams) genoemd. Ook wijzigde in veel regio's de bezetting in de ZAT's en veranderden de positionering en functies van deze teams in de scholen en het samenwerkings-verband als gevolg van de decentralisatie van de jeugdzorg en het invoeren van (sociale) wijkteams. De kwaliteitseisen die voor deze zorgadviesteams van scholen en samenwerkingsverbanden in de onderscheiden sectoren (PO, VO, (V)SO, MBO) werden ontworpen en beproefd – qua onder meer functies, deelnemende functionarissen, kernactiviteiten, werkprocessen en instrumenten – zijn nog steeds herkenbaar in de praktijk. De omstandigheid dat deze kwaliteitseisen nooit formeel zijn ingevoerd, verklaart de grote verschillen in de uitvoeringspraktijk. In het rapport '*Vooronderzoek Jeugd-geestelijke gezondheidszorg en het onderwijs'* wordt uitgebreid stilgestaan bij de ontwikkeling en stand van zaken van de zorgteams en ZAT's in de onderscheiden onderwijssectoren. Kiezen voor krachtige zorgstructuren in de frontlinie van het onderwijs (de ZAT-ontwikkeling) leidde tot reductie en/of herschikking van de vele bestaande thematische, buurt-, wijk- en regionale netwerken die zich hadden vastgezet in een onoverzichtelijke infrastructuur van naast elkaar werkende instellingen en netwerken, inefficiënties, een afschuif- en verwijscultuur, en onvoldoende interventiekracht. De beoogde zorgverbreding in het onderwijs was daarbij een belangrijke stimulerende factor. Voor gemeenten was het ondersteunen van de zorgstructuur in het onderwijs niet vanzelfsprekend. Vanuit het jeugdbeleid werden in veel gemeenten namelijk buurtnetwerken onderhouden en later, toen de aandacht gericht was op preventief jeugdbeleid en het vroegtijdig voorzien in opvoedingsondersteuning, ontstonden centra voor jeugd en gezin (CJG) die consequenties hadden voor de toegang tot de jeugdzorg.

Ten tijde van de invoering van passend onderwijs in 2014 was er geen sprake van duidelijke afspraken betreffende de zorgstructuur in het onderwijs en de deelname en ondersteuning van (gemeentelijk gefinancierde) professionals uit de domeinen welzijn, geestelijke gezondheidszorg, jeugdhulp en veiligheid. De decentralisatie van de jeugdhulp naar gemeenten in 2015 was behalve een kans ook een extra complicerende factor aangezien deze ontwikkeling weer nieuwe netwerkstructuren met zich meebracht, namelijk de eerdergenoemde wijkteams. Vastgelegd werd wel dat gemeenten en het onderwijsveld bestuurlijk overleg moesten voeren (OOGO, zie het nationaal juridisch kader), zowel in het kader van passend onderwijs als vanwege de nieuwe Jeugdwet.

De oorspronkelijke ambitie van veel gemeenten was om vanuit de sociale (wijk)teams dichtbij, laagdrempelig en outreachend te werken. Maar tot nu toe komt uit iedere peiling naar voren dat de (wijk)teams onvoldoende toekomen aan preventief werken en vroegsignalering. De wijze waarop gemeenten de bereikbaarheid en beschikbaarheid van opvoedingsondersteuning en jeugdhulp regelen, loopt bovendien sterk uiteen. Voor veel scholen en samenwerkings-verbanden creëert het werken met wijkteams en de verschillen in vormgeving daarvan (takenpakket, werkwijzen en bezetting) nieuwe uitdagingen ten opzichte van de tijd daarvoor toen de focus van lokale instellingen was gericht op deelname in de zorgstructuur van het onderwijs.

Eén van de beleidsdoelen van passend onderwijs was het eenvoudiger maken van de afstemming tussen onderwijs en jeugdhulp. Het eindrapport Evaluatie passend onderwijs (2020) noemt als conclusie dat de afstemming tussen onderwijs en jeugdhulp zich nog in een opbouwfase bevindt en dat de groep betrokkenen die tevreden is even groot is als de groep die ontevreden is. Gemeenten zijn positiever over de afstemming dan samenwerkingsverbanden, bij wie de onvrede toeneemt. Het eindrapport stelt verder dat de zorgstructuur in scholen versterkt is en dat het aantal (verschillende) externe specialisten om leerlingen en leraren te ondersteunen is gedaald. Scholen organiseren de ondersteuning vaker zelf, met eigen mensen. Binnen scholen is de ondersteuning vanuit het speciaal onderwijs, de jeugd-GGZ en de overige jeugdhulp eerder afgenomen dan toegenomen, terwijl dat bij de ondersteuning vanuit samenwerkingsverbanden en wijkteams eerder andersom is.

Ook voor de invoering van passend onderwijs en de decentralisatie van de jeugdhulp naar gemeenten liet de directe inzet van de jeugd-GGZ in de zorgstructuur van het onderwijs aanzienlijke verschillen zien tussen de respectieve onderwijssectoren en regio's. Op schoolniveau is die inzet overwegend afwezig voor de zorgteams (op PO-scholen) en ZAT's (op VO-scholen), maar wel beschikbaar, zij het in beperkte mate, voor het bovenschools niveau van de samenwerkingsverbanden in zowel het primair als voortgezet onderwijs. Er zijn voor de jeugd-GGZ geen algemene bepalingen of wet- en regelgeving die duidelijkheid verschaffen over de inzet van functies en de omvang daarvan. Hetzelfde geldt voor de inzet van de jeugd-GGZ in het (voortgezet) speciaal onderwijs, zij het dat er met name op de cluster 4-scholen meer afspraken zijn met de jeugd-GGZ en meer samenwerking is op uitvoeringsniveau. Voor alle onderwijssectoren geldt dat er ook aansprekende voorbeelden van samenwerking zijn en in sommige regio's beduidend meer gevarieerdere inzet van de jeugd-GGZ duurzaam beschikbaar is. In het MBO is de samenwerking met de jeugd-GGZ in korte tijd relatief meer tot ontwikkeling gekomen, maar ook hier geldt dat structurele samenwerking niet overal is gerealiseerd en de verschillende tussen MBO-instellingen en regio's op dit punt aanzienlijk zijn: ook hier is er geen standaard ten aanzien van de aard en omvang van deze inzet.

Een ander belangrijk gegeven is dat aard en omvang van het takenpakket van functionarissen die werken in de zorgstructuur in het onderwijs en die structureel of op afroep deelnemen aan zorgteams en ZAT's aanzienlijke verschillen laat zien tussen scholen en samenwerkings-verbanden in diverse gemeenten/regio's en tussen onderwijssectoren. Anders dan de jeugd-GGZ is de jeugdgezondheidszorg wel een vaste, wettelijk verankerde partner van alle onderwijssectoren, uitgezonderd het MBO. De jeugdverpleegkundige of jeugdarts is daarmee een structurele partner van de intern begeleider/zorgcoördinator in het PO, VO en (V)SO met een omlijnd takenpakket. Een andere functionaris die veelal deelneemt aan ondersteunings-teams is de schoolmaatschappelijk werker. Dat geldt voor alle onderwijssectoren ondanks het feit dat deze deelname niet vastligt in wet- of regelgeving en de aanzienlijke verschillen van bekostiging van deze functionaris. De afgelopen jaren zijn in diverse regio's ook andere benamingen opgekomen voor functionarissen die vanuit de jeugdhulp aansluiten in de zorgstructuur van scholen en samenwerkingsverbanden. In veel gevallen gaat het om een medewerker van het wijkteam. Voor het MBO scoort ook de deelname van een functionaris van de verslavingszorg hoog.

Voor de samenwerking van het basisonderwijs met de jeugdzorg en de jeugd-GGZ in het bijzonder zijn voor de ZAT's referentiemodellen ontwikkeld die bepaalden dat de jeugdzorg niet diende aan te sluiten bij de zorgteams op elke basisschool afzonderlijk maar op het niveau van samenwerkingsverbanden. Voor het voortgezet onderwijs, middelbaar beroepsonderwijs en het (voortgezet) speciaal onderwijs was de aansluiting van de jeugdzorg en jeugd-GGZ wel voorzien op schoolniveau. Vlak voor de invoering van passend onderwijs was de deelname van de jeugd-GGZ aan het ZAT in het MBO het meest ontwikkeld en in driekwart van de ROC's/AOC's gerealiseerd, terwijl dat percentage bleef steken op 40% in het voortgezet onderwijs (waar het bovendien vooral ging om deelname op verzoek) net als in het

(voortgezet) speciaal onderwijs, terwijl de deelname van de jeugd-GGZ aan de ZAT's van de samenwerkingsverbanden in het basisonderwijs opliep tot tweederde. De inzet van de jeugd-GGZ betreft in deze gevallen de deelname aan het ZAT-casusoverleg in het onderwijs.

Afspraken over deelname aan zorgteams en ZAT's in het onderwijs en de aard en omvang van de dienstverlening in en om scholen van functionarissen uit de sectoren van onder meer welzijn, gezondheidszorg, jeugdhulp, leerplicht en veiligheid verloopt via het op overeenstemming gerichte overleg (OOGO) van het bestuur van het samenwerkingsverband PO en VO en de betrokken gemeente(n). Voor het MBO is het maken van afspraken extra gecompliceerd vanwege het grote voedingsgebied en het aantal betrokken gemeenten, die uiteenlopende opvattingen kunnen hebben over nut, noodzaak, aard en omvang van de gewenste dienstverlening. Daarbij ervaren de meeste gemeenten financieringsproblemen op het terrein van jeugdhulp en aanpalende werkterreinen. Met de invoering van de Jeugdwet in 2015 is de zorg voor kinderen en jongeren met psychische problemen (jeugd-GGZ) gedecentraliseerd. Onderzoek naar de knelpunten en kansen rond de toegang, samenwerking en uitvoering van de jeugd-GGZ in het nieuwe stelsel van jeugdhulp laat zien dat er grote verschillen zijn tussen gemeenten op alle onderzochte terreinen. Zo hebben lokale teams voor vrij-toegankelijke jeugdhulp, die naast huisartsen en gecertificeerde instellingen (GI's) de belangrijkste toegang tot de jeugdhulp vormen, in de ene gemeente een doorverwijsfunctie, terwijl het team in een andere gemeente daadwerkelijk hulp biedt vanuit deze multidisciplinaire teams, samenwerkt met professionals in onderwijs en opvoeding en werkt vanuit werkprincipes als normaliseren, eigen kracht en passende, integrale hulp per situatie. Recent onderzoek naar het OOGO bevestigt de enorme variatie in de uitvoeringspraktijk. De helft van de gemeenten geeft aan afspraken te hebben over de inzet van de jeugd-GGZ voor het primair onderwijs en voortgezet onderwijs. Het aandeel gemeenten dat dit heeft voor het (V)SO en MBO is beduidend lager. Dat afspraken in het OOGO maar beperkt en weinig gedetailleerd tot standkomen, is het resultaat van een samenspel tussen gemeenten en schoolbesturen (per samenwerkingsverband) bij de voorbereiding en uitvoering van het bestuurlijk overleg. De agenda's van het OOGO in het kader van passend onderwijs en de jeugdwet zijn in dit verband suboptimaal te noemen, zo laat dit onderzoek ook zien. Daarmee is tevens gezegd dat vanuit het scholenveld zelf de behoefte aan inzet van de jeugd-GGZ ten dienste van het onderwijs weinig wordt gearticuleerd. En dit terwijl ander onderzoek laat zien dat de behoefte aan ondersteuning van de jeugd-GGZ voor scholen en samenwerkingsverbanden in alle onderwijssectoren groot is, juist ook vanwege de beoogde zorgverbreding van reguliere scholen ten gevolge van passend onderwijs.

2.2 Vernieuwende aanpakken in perspectief van vervolgactiviteiten

In het rapport *'Vooronderzoek Jeugd-geestelijke gezondheidszorg en het onderwijs'* wordt uitgebreid ingegaan op de omvang en aard van de psychische problemen bij kinderen en jongeren en implicaties voor betrokkenen, hun verdere ontwikkeling en maatschappelijke partcipatie. Bevindingen laten zien dat het hier om een urgent vraagstuk gaat. Omdat deze problemen zich in driekwart van de gevallen aandienen voor het 24e levensjaar, ligt investeren in mentale gezondheid en weerbaarheid van jeugdigen voor de hand.

Het mentaal welbevinden van álle kinderen en jongeren moet daarbij vertrekpunt zijn, want psychische kwetsbaarheid is verdeeld over de bevolking via een normale verdeling: het overgrote deel van de kinderen/jongeren is gemiddeld psychisch kwetsbaar, een klein deel is extra kwetsbaar en een deel is nauwelijks kwetsbaar. Omdat alle kinderen en jongeren in principe naar school gaan, richten we ons vizier op het bevorderen van mentaal welbevinden van jeugdigen vanuit het onderwijs. We zien daarbij de school niet als vindplaats voor de gezondheidszorg, maar als een werkplaats waar leerkrachten, jeugdigen, ouders en ook professionals uit andere, aanpalende sectoren samen (kunnen) werken aan mentaal welbevinden van alle betrokkenen. Via de school kan de gezondheidszorg (JGZ en jeugd-GGZ) bovendien op een natuurlijke wijze met jeugdigen in contact komen en is ook de verbinding met de thuissituatie gemakkelijk te leggen. Het is echter allereerst zaak dat het onderwijs zelf aan de slag gaat

om een gezond leer- en leefklimaat op school te realiseren en mentale weerbaarheid van kinderen en jongeren op school te bevorderen, psychische problemen te voorkomen en waar nodig vroegtijdig effectieve ondersteuning te bieden. Dit ook om escalatie van problemen te voorkomen en om onnodige uitstroom van onderwijs naar (gespecialiseerde) jeugdhulp en jeugd-GGZ te voorkomen. Het onderwijs moet daarbij kunnen rekenen op ondersteuning vanuit de jeugdgezondheidszorg en schoolmaatschappelijk werk en waar nodig kunnen schakelen naar gespecialiseerde hulp rondom de school, zoals de jeugd-GGZ.

Van aansprekende voorbeelden ...

In veel landen staat de school als omgeving centraal om te werken aan mentaal welbevinden van kinderen en jongeren. In Nederland is deze invalshoek relatief minder geworteld en ontwikkeld. In de voorstudie worden diverse steekhoudende redenen opgesomd die in de literatuur worden aangevoerd om het belang van de school te onderbouwen voor het werken aan mentaal welbevinden en psychische gezondheid van kinderen en jongeren.

In de zoektocht naar verbetering van de verbinding tussen onderwijs en jeugd-GGZ is de aandacht vervolgens gericht op goede voorbeeldpraktijken met een focus op normaliseren én vroegsignaleren én ondersteunen. Het versterken van de basiszorg en basisvoorzieningen door vroeg en tijdig meer preventie en lichte ondersteuning in te zetten, is daarbij een belangrijk oogmerk, ook al om onnodige instroom in de (gespecialiseerde) jeugdzorg te verminderen.
Praktijkexperts en wetenschappers die wijzen op het belang van het onderwijs als het gaat om het bevorderen van mentaal welbevinden van kinderen en jongeren, adviseren een gelaagde public mental health-benadering. Behalve universele preventie, interventies gericht op alle leerlingen, gaat het dan om signalering en vroegtijdige interventie gericht op ondersteuning en het voorkomen van de ontwikkeling van stoornissen bij (groepen) leerlingen met verhoogde kwetsbaarheid (selectieve preventie), plus het behandelen van stoornissen bij individuele leerlingen door de gespecialiseerde zorg.
De voorstudie bevat een uitgebreide opsomming van beproefde voorbeelden van programma's voor mentaal welbevinden voor kinderen en jongeren in het primair- en voortgezet onderwijs en het MBO. Speciale aandacht wordt besteed aan het programma De Gezonde School, dat ook een gelaagde opbouw heeft en aandacht heeft voor inbedding in de schoolorganisatie en het welbevinden van leerlingen (speciale module). Het programma De Gezonde School is gebaseerd op vier pijlers:

- Educatie: de school besteedt in lessen structureel aandacht aan mentaal welbevinden. Zo zorgt de school ervoor dat leerlingen hun kennis vergroten, vaardigheden ontwikkelen en een positieve houding krijgen tegenover een gezonde leefstijl.
- Signaleren: leraren en andere medewerkers herkennen gezondheids- of leefstijlproblemen onder hun leerlingen in een vroegtijdig stadium. En ze weten hoe ze daar vervolgens op de juiste manier mee kunnen omgaan (inclusief doorverwijzen naar passende hulpverlening).
- Omgeving: de school stimuleert gezond gedrag met aanpassingen in de fysieke omgeving (zoals de inrichting van het schoolplein of door samenwerking met supermarkten in de wijk) en aandacht voor de sociale omgeving.
- Beleid: de school legt maatregelen voor gezondheidsbevordering vast in het schoolbeleid. Zo blijft het onderwerp onder de aandacht. Voor de zorgstructuur zijn taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden toebedeeld aan functionarissen en overleggen.

Dit programma is een illustratie van een kansrijke aanpak om het mentaal welbevinden van kinderen en jongeren vanuit de schoolcontext te verbeteren. Bijna 1.800 scholen in alle onderwijstypen doen mee aan het programma en hebben één of meer thema's gekozen. De jeugdgezondheidszorg kan daarbij een belangrijke (stimulerende en aanvullende) rol vervullen vanuit hun wettelijke taken en vanuit hun structurele contact met de scholen en deelname aan de zorgstructuur. Speciale aandacht moet daarbij echter uitgaan naar de verbinding tussen de de jeugdgezondheidszorg en de jeugd-GGZ vanuit

de zorgstructuur van het onderwijs. Zo kan ook de derde laag, de verbinding met de gespecialiseerde jeugd-GGZ, gerealiseerd worden. Inbedding van dit programma of onderdelen daarvan in de 'pedagogiek', het curriculum en zorgstructuur van scholen is geboden om te voorkomen dat het als een (minder belangrijk) 'project' gezien wordt. Dit is een belangrijk aandachtspunt als we kijken naar het wortel schieten van aandacht voor mentaal welbevinden in het onderwijs. Op dit gebied liggen ook taken voor gemeenten, schoolbesturen en de ministeries van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) en Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

... naar een fundament voor vervolgactiviteiten

Er zijn diverse praktijkvoorbeelden die het succes laten zien van aandacht voor mentaal welbevinden in het onderwijs vanuit de samenwerking tussen onderwijs en (geestelijke) gezondheidszorg. Maar toch speelt de jeugd-GGZ in veel scholen en samenwerkingsverban-den nog niet of nauwelijks een rol van betekenis, is er nog geen werkrelatie met de zorgstructuur in het onderwijs ontwikkeld en blijft de jeugd-GGZ als gespecialiseerde voorziening opgesloten in de derde lijn. Aansprekende voorbeelden die tonen dat het anders kan zijn niet voldoende om vergelijkbare praktijken op andere plekken te realiseren. Vernieuwing en uitbreiding van deze praktijken vragen om een bredere bekendheid met en een positieve attitude ten opzichte van deze mogelijkheden, het werken aan visie- en draagvlakontwikkeling en niet in de laatste plaats om randvoorwaarden voor voorbereiding, uitvoering en duurzame implementatie. Op basis van deze voorstudie zijn vervolgactiviteiten voor alle onderwijssectoren wenselijk op de verbinding onderwijs-gezondheidszorg. Voor het FNO-programma Geestkracht zijn vervolgactiviteiten gericht op het MBO wenselijk en kansrijk, inclusief de overgang van het voortgezet onderwijs naar het MBO. De aanbevelingen die door Defence for Children zijn aangegeven vanuit de juridische analyse kunnen hierin goed geïntegreerd worden. Als uitvoerings- en demonstratielocatie denken wij aan Amsterdam en MBO-locaties in Rotterdam, Eindhoven of Nijmegen, maar ook andere regio's zijn mogelijk.

De voorbereiding en uitvoering van vervolgactiviteiten kunnen georganiseerd worden volgens de principes van een professionele leergemeenschap waaraan sleutelfiguren in de zorgstructuur van het onderwijs, jeugdgezondheidszorg, instellingen voor jeugd-GGZ in de regio, gemeente(n), jeugdigen zelf en hun ouders en andere betrokkenen deelnemen. Het inzicht krijgen in psychische problemen van MBO-deelnemers, hun ondersteuningsbehoeften en de ondersteuning die vanuit de MBO-instelling en jeugd-GGZ en andere partijen feitelijk wordt geboden, vormen belangrijke bouwstenen van de dynamische foto die in de eerste fase van het voorgenomen project gemaakt wordt. In deze en de volgende fasen (ontwerpen en daarna uitvoeren van een passend verbeterplan) worden de volgende bevindingen uit het vooronderzoek kaderstellend meegenomen:

- Er wordt gewerkt vanuit de ondersteuningsstructuur voor leren en onderwijzen, dus geen activiteiten en programma's die niet ingebed zijn in de bestaande zorgstructuur voor studenten en docenten.
- Benut de kennispositie vanuit de zorgstructuur in het onderwijs en de jeugdgezondheids-zorg om continuïteit in de begeleiding van en hulpverlening aan instromende jeugdigen in het MBO te realiseren (aanbeveling is ook om jeugdgezondheidsscreening te laten doorlopen na de 16e verjaardag).
- Vanuit deze kennispositie wordt de 'backbone' (onderwijs – jeugdgezondheidszorg) uitgebreid met inzet van de jeugd-GGZ ten dienste van het onderwijs. Inzet daarbij is niet alleen het opvolgen van signalen en geïdentificeerde problemen en ondersteuningsbehoeften van studenten op individueel niveau, maar ook het realiseren van leerkrachtondersteuning en het doen van suggesties voor preventieve activiteiten gericht op het schoolklimaat, vroegsignalering en de begeleidingsstructuur en het lesgeven. JGZ en de jeugd-GGZ ondersteunen daarbij het onderwijs, de studentenbegeleiding en zorgstructuur.
- De beoogde vervolgactiviteiten richten zich op het inbedden van de jeugd-GGZ in de ondersteuningsstructuur van het onderwijs (mental health in schools-benadering), onder realistische

uitvoeringscondities en met oog voor het belang van normalisering/inclusie en de rol van jeugdigen zelf (dus werkend vanuit een participatiemodel, en niet vanuit een specialisten- of betrokkenheidsmodel).

- Als ordeningsprincipes voor bepaling van de mogelijke inzet van de jeugd-GGZ stellen we een functionele benadering voor waarin onder meer aandacht is voor:
  - vroegsignalering, triage en diagnostiek
  - advies en consultatie voor professionals in het onderwijs
  - deskundigheidsbevordering
  - inzet preventieve programma's (universeel/selectief)
  - interventies/curatief en bij crisissituaties, in goede afstemming met het onderwijs (en studenten/ouders) en in, waar nodig, zorg/onderwijscombinaties.

Op proeflocaties wordt allereerst de startpositie van MBO-locaties inzichtelijk gemaakt (onder anderen qua zorgstructuur, kennispositie, behoeften/wensen van studenten en medewerkers), inclusief mogelijke verbeteractiviteiten. Deze vormt de basis voor een samenhangend projectplan, voorzien van bestuurlijke rugdekking en een planning/fasering die realistisch is en duurzame implementatie mogelijk maakt. Elementen uit de door ons voorgestane benadering moeten in deze aanpak terugkomen (normalisering, actieve rol van studenten zelf, matching needs en services, aandacht voor publieke gezondheidszorg en het Mental Health in Schools-model, bestuurlijke rugdekking, werken via de backbone onderwijs–jeugdgezondheidszorg–(jeugd-)geestelijke gezondheidszorg, bestuurlijke rugdekking van het projectplan door schoolbesturen, gemeenten en zorgverzekeraars, en, niet onbelangrijk, het wegblijven van een aanpak met louter een menu met (effectieve) programma's. Inbedding van activiteiten in een school of opleiding met een sterke begeleidings- en zorgstructuur staat daarbij centraal.

Kader 1

Het FNO-programma GeestKracht

Het programma GeestKracht van FNO heeft tot doel dat elke jongvolwassene (16-35 jaar) zichzelf kan zijn en ook met een psychische kwetsbaarheid krachtig kan (blijven) meedoen in de maatschappij. Het programma richt zich op de preventie van psychische problemen, het beperken van de praktische gevolgen ervan en het bevorderen van maatschappelijke participatie.

GeestKracht is opgezet vanuit de leefwereld van de jongvolwassenen zelf en heeft vier programmalijnen:

- het beter toerusten van jongvolwassenen
- het beter toerusten van professionals
- meer integrale aanpakken en beleid dat schotten overstijgt
- jongvolwassenen met psychische problematiek op de maatschappelijke agenda.

Jongvolwassenen met een psychische kwetsbaarheid worden continu intensief betrokken en het programma draait om voor hen relevante zaken:

- gezondheid
- opleiding
- werk
- relaties
- wonen
- gezinsleven.

Uniek is dat het programma focust op groepen jongvolwassenen die nu tussen wal en schip vallen of onzichtbaar zijn. Dit zijn twintigers met een of meer van de volgende kenmerken:

- een praktische opleiding;
- een migratieachtergrond;
- een ernstige psychische aandoening;
- een combinatie van psychische problemen en een licht verstandelijke beperking;
- een chronische psychische aandoening;
- jonge statushouders;
- zwerfjongeren;
- kinderen van ouders met psychische of verslavingsproblemen.

Inleiding

Alle kinderen en jongeren in Nederland hebben recht op onderwijs én recht op passende zorg en ondersteuning om (volwaardig) te kunnen deelnemen aan het onderwijs. Dit geldt dus ook op het gebied van geestelijke gezondheidszorg. De beschikbaarheid van (jeugd)geestelijke gezondheidszorg (GGZ) in scholen is in Nederland echter geen vanzelfsprekendheid. De GGZ opereert veelal als een specialistische tweede- of derdelijnsvoorziening die niet of nauwelijks is geïntegreerd in de zorgstructuur van het onderwijs. Juist kwetsbare kinderen en gezinnen met GGZ-gerelateerde problematiek ondervinden hier extra nadeel van. Defence for Children (DCI) en het Nederlands Centrum Onderwijs en Jeugdzorg (NCOJ) vinden dat dit moet veranderen. Samen zetten we ons in voor verbetering van de samenwerking van de (jeugd-)GGZ met het onderwijs.

Om de samenwerking van de (jeugd-)GGZ met het onderwijs te verbeteren, is het belangrijk om inzicht te krijgen in de actuele behoefte aan inzet van (jeugd-)GGZ in het onderwijs en om te bekijken hoe de (jeugd-)GGZ aan kan sluiten op de zorgstructuur in het onderwijs (PO, VO, (V)SO en MBO). Daarnaast is het van belang om te onderzoeken hoe het huidige nationale kader zich verhoudt tot het internationale kinderrechtenkader. In hoeverre zijn waarborgen om de rechten van kinderen goed na te leven verankerd in het nationale recht en in hoeverre belemmert het nationale recht de implementatie van de betreffende kinderrechten?

Defence for Children en Nederlands Centrum van Onderwijs en Jeugdzorg (NCOJ) hebben in het kader van deze voorstudie, die kon worden uitgevoerd dankzij subsidie vanuit het programma Geestkracht van FNO, een juridische analyse gemaakt van het internationaal kinderrechtenkader inzake (jeugd-)GGZ en het onderwijs en het nationaal juridische beleidskader in relatie daartoe in kaart gebracht. De beoogde praktijkverkenning in het Nederlandse onderwijs naar de behoefte aan ondersteuning bij psychische problemen van leerlingen en de feitelijke dienstverlening vanuit de (jeugd-)GGZ kon als gevolg van COVID-19 niet plaatsvinden. In plaats daarvan is een kader aangegeven voor de aansluiting van de (jeugd-)GGZ op het onderwijs, daarbij gebruikmakend van zowel ervaringen en onderzoeksbevindingen in Nederland als daarbuiten. In deze rapportage worden de bevindingen gedeeld en zijn de aanbevelingen voor een vervolgprogramma opgenomen.

Deelstudie juridisch kader (jeugd)GGZ – onderwijs

I. Internationaal kinderrechtenkader

In dit hoofdstuk wordt het internationaal juridisch kader geschetst. Het VN-Kinderrechtenverdrag (IVRK) vormt samen met het VN-verdrag Handicap de basis voor het internationale kinderrechtenkader. Het VN-Kinderrechtenverdrag is in 1989 aangenomen door de Verenigde Naties. Dit verdrag is voor Nederland in 1995 in werking getreden en de Nederlandse Staat moet zich sindsdien houden aan de bepalingen die hierin staan opgenomen.[3] Het VN-verdrag Handicap trad voor Nederland op 14 juli 2016 in werking. De Nederlandse overheid is sindsdien verplicht om zorg te dragen voor een inclusieve samenleving waarin personen met een handicap volwaardig kunnen meedoen. Het VN-Comité voor de rechten van personen met een beperking (VPRH-Comité) ziet toe op de naleving van het VN-verdrag Handicap. Het VN-Kinderrechtencomité ziet toe op de naleving van het IVRK. Beide Comités brengen General Comments uit met daarin een nadere uitleg over één of meer artikelen uit de verdragen. In dit internationaal juridisch kader wordt niet alleen aandacht besteed aan het recht op onderwijs en het recht op gezondheid, maar ook aan andere rechten van kinderen en jongeren die in dit verband dienen te worden gerespecteerd.

Belang van het kind[4]

In het IVRK staat het belang van het kind uit artikel 3 lid 1 centraal.[5] Hierin staat dat bij alle maatregelen die betrekking hebben op een kind, het belang van het kind de eerste overweging moet vormen. Deze verplichting geldt voor openbare of particuliere instellingen voor maatschappelijk welzijn, rechterlijke instanties, bestuurlijke autoriteiten of wetgevende lichamen.

Om het belang van het kind te kunnen invullen, dient ook naar de andere rechten in het IVRK te worden gekeken. Het IVRK is namelijk een verdrag met een holistisch karakter. Dit betekent dat de rechten uit het verdrag in onderlinge samenhang dienen te worden gezien en moeten worden begrepen als een concretisering van het belang van het kind.[6] In dat kader dient te worden vermeld dat de rechten uit het VN-Kinderrechtenverdrag, zonder uitzondering, voor ieder kind gelden. Uit artikel 2 IVRK volgt dat de rechten van kinderen worden gerespecteerd en gewaarborgd zonder discriminatie van welke aard dan ook, ongeacht de beperking, waaronder chronische aandoeningen of andere omstandigheid van het kind of zijn oud of wettige voogd.

Het belang van het kind is ook vastgelegd in artikel 7 lid 2 VN-verdrag Handicap. Het VPRH-Comité bepaalt in General Comment nr. 4 dat er, om te kunnen bepalen wat in het belang is van een kind met een handicap, onder meer rekening moet worden gehouden met de mening van het kind, zijn individuele identiteit alsmede met zijn recht op gezondheid en onderwijs.[7]

---

[3] M. Blaak e.a. (red.), *Handboek Internationaal Jeugdrecht,* Leiden: Defence for Children 2012, p. 35.
[4] Onder kind wordt overeenkomstig artikel 1 IVRK verstaan ieder mens jonger dan achttien jaar, tenzij volgens het op het kind van toepassing zijnde recht de meerderjarigheid eerder wordt bereikt.
[5] Artikel 3 IVRK vormt samen met artikel 2 (geen discriminatie), artikel 6 (leven en ontwikkeling) en artikel 12 (mening van het kind) de vier kernbeginselen van het IVRK.
[6] M. Blaak e.a. (red.), *Handboek Internationaal Jeugdrecht*, Leiden: Defence for Children 2012, p. 9; Zie ook: VN-Kinderrechtencomité, *General Comment no. 4: Adolescent Health and Development in the Context of the Convention on the Rights of the Child*, UN Doc CRC/GC/2003/4, 1 juli 2003, p.3, nr. 4.
[7] VN-Comité voor de rechten van personen met een handicap, *General Comment no. 4: The Right to inclusive education*, UN Doc CRPD/C/GC/4, 2 september 2016, par. 47.

Recht op ontwikkeling

Uit artikel 6 IVRK volgt onder andere dat ieder kind het recht heeft om zich zo optimaal mogelijk te ontwikkelen. De overheid is verplicht om dit recht in de ruimst mogelijke mate te waarborgen. Het VN-Kinderrechtencomité verwacht van een verdragspartij dat zij het begrip 'ontwikkeling' in de meest ruime mate interpreteren en het zien als een holistisch concept, waarbij de psychische, mentale, spirituele, morele, psychologische en sociale ontwikkeling van het kind worden betrokken.[8]

Recht op onderwijs

Onderwijs is voor kinderen essentieel om zich te kunnen ontwikkelen. Uit artikel 28 IVRK volgt dat ieder kind recht heeft op onderwijs.[9] Daarnaast volgt uit dit artikel dat de overheid de plicht heeft om maatregelen te nemen om regelmatig schoolbezoek te bevorderen en het aantal kinderen dat de school voortijdig verlaat te verminderen.[10]

Het recht op onderwijs geldt ook voor kinderen met een extra zorg- of ondersteuningsbehoefte.[11] Hoewel de begrippen zorg- en ondersteuningsbehoefte vaak door elkaar worden gebruikt, spreken we van een ondersteuningsbehoefte als een leerling extra ondersteuning nodig heeft om het onderwijsdoel te bereiken. Van een zorgbehoefte is sprake wanneer er onder schooltijd zorg verleend moet worden vanuit de verschillende zorgwetten.

Artikel 29 IVRK werkt de inhoud van het onderwijs verder uit. In de eerste plaats gaat het om de ontplooiing van de talenten en capaciteiten van het individuele kind. Verondersteld wordt dat hieronder ook basisvaardigheden worden begrepen die ieder mens nodig heeft om zich staande te kunnen houden in de samenleving. Daarnaast draait onderwijs ook om de voorbereiding van het kind op een verantwoord leven in een vrije samenleving. De school dient een plaats te zijn waar mensenrechten, waaronder ook kinderrechten, worden gerespecteerd.

Het recht op onderwijs voor kinderen met een handicap is tevens neergelegd in artikel 24 VN-verdrag Handicap. Onder personen met een handicap wordt volgens artikel 1 VN-verdrag Handicap verstaan 'personen met langdurige fysieke, mentale, intellectuele of zintuiglijke beperkingen die hen in wisselwerking met diverse drempels kunnen beletten volledig, effectief en op voet van gelijkheid met anderen te participeren in de samenleving'. Uit artikel 24 VN-verdrag Handicap volgt dat onderwijs onder meer tot doel moet hebben dat kinderen met een handicap hun mentale en fysieke mogelijkheden optimaal moeten kunnen ontwikkelen.[12] Ook is vastgelegd dat kinderen met een beperking in een inclusief onderwijssysteem de ondersteuning dienen te ontvangen die zij nodig hebben om effectief aan het onderwijs deel te kunnen nemen.[13] Het VPRH-Comité geeft in General Comment nr. 4 een toelichting op het artikel.[14] Volgens het VPRH-Comité dienen schoolbegeleiders, psychologen en andere relevante gezondheidszorg en sociale professionals aanwezig te zijn binnen het onderwijs die hulp en ondersteuning kunnen bieden.[15] De Nederlandse overheid is op grond van het VN-verdrag Handicap en het VN-Kinderrechtenverdrag verplicht om de verwezenlijking van het recht op onderwijs van ieder kind

---

[8] VN-Kinderrechtencomité, *General Comment no. 5: General measures of implementation of the Convention on the Rights of the Child*, UN Doc CRC/GC/2003/5, 27 november 2003, par. 12; Vergelijk ook artikel 10 VN-verdrag Handicap.
[9] Vergelijk ook artikel 2 van het Eerste Protocol bij het EVRM, artikel 14 ESH en artikel 13 IVESCR.
[10] Art. 28 lid 1 sub e IVRK.
[11] Zie artikel 2 IVRK.
[12] Art. 24 lid 1 sub b VN-verdrag Handicap.
[13] Artikel 24 lid 2 sub d VN-verdrag Handicap.
[14] VN-Comité voor de rechten van personen met een handicap, *General Comment no. 4: Article 24: The Right to inclusive education*, UN Doc CRPD/C/GC/4, 2 september 2016.
[15] VN-Comité voor de rechten van personen met een handicap, *General Comment no. 4: Article 24: The Right to inclusive education*, UN Doc CRPD/C/GC/4, 2 september 2016, par. 32.

en de kans op een zo volledig mogelijke ontplooiing plaats te laten vinden in een inclusief onderwijs systeem.[16]

Gelijke kansen
Het onderwijs moet volgens artikel 28 IVRK gebaseerd zijn op gelijke kansen.[17] Het IVRK besteedt in verschillende artikelen bijzondere aandacht aan kwetsbare groepen kinderen die belemmeringen ervaren om op dezelfde wijze als hun leeftijdsgenoten van hun rechten te genieten. Deze groepen kinderen hebben vanwege hun specifieke kwetsbaarheid recht op bijzondere zorg. Het gaat hierbij onder andere om kinderen met een handicap (artikel 23 IVRK).

Kinderen met een handicap
Uit onderzoek van het Verwey-Jonker Instituut volgt dat in Nederland 478.000 kinderen van 0 tot en met 25 jaar een psychische aandoening hebben.[18] De meest voorkomende psychische aandoeningen zijn angst- en stemmingsstoornissen (waaronder depressies, psychoses en bipolaire stoornissen), ADHD/ADD, leerstoornissen en ASS.[19]

In de preambule van het VN-verdrag wordt erkend dat het begrip handicap onderhevig is aan verandering en voortvloeit uit de wisselwerking tussen personen met functiebeperkingen en sociale en fysieke drempels, die hen belet ten volle, effectief en op voet van gelijkheid met anderen te participeren in de samenleving.[20]

Voor kinderen met een handicap is in artikel 23 IVRK uitdrukkelijk bepaald dat zij recht hebben op daadwerkelijke toegang tot het onderwijs. Kinderen met een handicap hebben dezelfde behoeften als hun leeftijdsgenoten zonder beperking, maar ervaren belemmeringen om op dezelfde wijze van hun rechten te genieten. Uit artikel 23 IVRK volgt dat ieder kind met een handicap het recht heeft een volwaardig en behoorlijk leven te leiden en recht heeft op bijzondere zorg zodat het kind daadwerkelijk kan deelnemen aan de maatschappij. Deze zorg dient erop gericht te zijn om het kind zelfstandig en zelfredzaam te maken. Het realiseren van het recht op bijzondere zorg is essentieel om alle andere rechten van kinderen met een beperking te realiseren.[21] Het VN-Kinderrechtencomité geeft in General Comment nr. 9 een toelichting op artikel 23 IVRK en gebruikt daarin uitdrukkelijk het begrip 'inclusief onderwijs'.[22] Specifiek met betrekking tot het onderwijs in Nederland riep het Comité de Nederlandse regering in 2015 op om te zorgen voor toegang tot inclusief onderwijs zonder vertragingen.[23] Het VN-Kinderrechtencomité stelt daarnaast dat er een multisectoraal samenwerkingsverband dient te komen tussen de verschillende relevante instanties, zodat kinderen met een beperking daadwerkelijke toegang tot adequate zorg hebben.[24] In General Comment nr. 4 van het VPRH-Comité is uitdrukkelijk bepaald dat ondersteuning aan leerlingen en studenten met een beperking moet worden geboden, zodat zij een

---

[16] Defence for Children, *Op weg naar inclusief onderwijs als dagelijkse realiteit,* Leiden: Defence for Children 2020, p. 16. Deze publicatie is tot stand gekomen dankzij financiering van FNO.
[17] VN-Comité voor de rechten van personen met een handicap, *General Comment no. 4: Article 24: The Right to inclusive education*, UN Doc CRPD/C/GC/4, 2 september 2016, par. 13.
[18] Verwey-Jonker Instituut, *Een actueel perspectief op kinderen en jongeren met een chronische aandoening in Nederland: Omvang, Samenstelling en participatie*, Utrecht: Verwey-Jonker Instituut 2019, p. 21. Dit onderzoek is gesubsidieerd door FNO.
[19] Verwey-Jonker Instituut, *Een actueel perspectief op kinderen en jongeren met een chronische aandoening in Nederland: Omvang, Samenstelling en participatie*, Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, p. 23.
[20] Preambule lid e VN-verdrag Handicap.
[21] J. Schoonheim, 'The Right to Education in the Light of Disability', in: J.C.N. Willems (ed), *Developmental and Autonomy Rights of Children. Empowering Children, Caregivers and Communities*, Antwerpen/Oxford/New York: Intersentia 2002, p. 179-182.
[22] VN-Kinderrechtencomité, 'General Comment no. 9: The rights of children with disabilities', UN Doc CRC/C/GC/9.
[23] VN-Kinderrechtencomité, 'Concluding observations on the fourth periodic report of the Netherlands', 8 juni 2015, UN Doc CRC/C/NDL/CO/4.
[24] Zie ook VN-Kinderrechtencomité, 'General Comment no. 9: The rights of children with disabilities', UN Doc CRC/C/GC/9, par. 38.

effectieve overstap kunnen maken naar een vervolgopleiding (beroepsopleiding) en uiteindelijk naar een baan.[25]

Recht op gezondheid en gezondheidszorg

Het recht op ontwikkeling uit artikel 6 IVRK is onlosmakelijk verbonden met het recht op gezondheid uit artikel 24 IVRK. Uit dit artikel volgt dat ieder kind recht heeft op de grootst mogelijk mate van gezondheid. Artikel 24 IVRK heeft een brede reikwijdte en vormt een basisvoorziening voor kinderen. Ook het recht op herstel van de gezondheid valt uit dit artikel af te leiden.[26] Mentale en psychosociale problemen komen volgens het VN-Kinderrechtencomité relatief vaak voor bij jongeren.[27] De overheid is verplicht om ervoor te zorgen dat deze jongeren worden voorzien van alle nodige voorzieningen en dat aan geen enkel kind zijn recht op toegang tot voorzieningen voor gezondheidszorg wordt onthouden.[28]

De term gezondheid kan breed worden geïnterpreteerd. De WHO omschrijft de term als volgt: 'Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken.'[29] Deze visie is tevens terug te vinden in artikel 24 IVRK.

Het recht op genot van het hoogst haalbare niveau van gezondheid voor kinderen met een beperking is specifiek in artikel 25 VN-verdrag Handicap neergelegd.[30] De overheid is verplicht om alle passende maatregelen te nemen om personen met een beperking de toegang te waarborgen tot diensten op het gebied van gezondheidszorg die personen met een beperking in het bijzonder vanwege hun beperking behoeven. Hieronder worden ook diensten verstaan die het ontstaan van nieuwe beperkingen verkleinen en voorkomen.[31] Het VPRH-Comité merkt in General Comment nr. 4 op dat het recht op de grootst mogelijke mate van gezondheid voor kinderen met een beperking nauw verbonden is met het recht op onderwijs. Wanneer het ontbreekt aan passende gezondheidszorg, wordt de mogelijkheid om deel te nemen aan onderwijs en effectief te leren ernstig belemmerd.[32]

Daarnaast dient overheid de gezondheidsdiensten zo dicht mogelijk bij de eigen gemeenschap van mensen aan te bieden.[33] Het VN-Kinderrechtencomité stelt in General Comment nr. 15 dat het aanbieden van gezondheidszorg op scholen een uitermate geschikte mogelijkheid is om de gezondheid van kinderen te bevorderen.[34]

Uit het rapport van de Speciaal rapporteur van de VN-Mensenrechtenraad volgt dat scholen een geschikte plek zijn voor de bevordering van de emotionele en psychologische gezondheid en voor de preventie van psychologische problemen.[35] Uit het rapport volgt tevens dat Staten onder het internationale mensenrechtenkader de plicht hebben om het psychische en emotionele welzijn van

---

[25] VN-Comité voor de rechten van personen met een handicap, 'General Comment no. 4: Article 24: The Right to inclusive education', UN Doc CRPD/C/GC/4, par. 12 sub g.
[26] M. Blaak e.a. (red.), *Handboek Internationaal Jeugdrecht,* Leiden: Defence for Children 2012, p. 384.
[27] VN-Kinderrechtencomité, 'General Comment no. 4: Adolescent Health and Development in the Context of the Convention on the Rights of the Child', UN Doc CRC/C/GC/9, par. 18.
[28] Zie VN-Kinderrechtencomité, 'General Comment no. 4: Adolescent Health and Development in the Context of the Convention on the Rights of the Child', UN Doc CRC/C/GC/9, par. 31.
[29] Zie ook VN-Kinderrechtencomité, 'General Comment no. 15: on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24)', UN Doc CRC/C/GC/15, p. 3.
[30] Zie ook VN-Kinderrechtencomité, 'General Comment no. 4: Adolescent Health and Development in the Context of the Convention on the Rights of the Child', UN Doc CRC/C/GC/9, par. 31.
[31] Art. 25 sub b VN-verdrag Handicap.
[32] VN-Comité voor de rechten van personen met een handicap, 'General Comment no. 4: Article 24: The Right to inclusive education', UN Doc CRPD/C/GC/4, par. 54.
[33] Art. 25 sub c VN-verdrag Handicap.
[34] VN-Kinderrechtencomité, 'General Comment no. 15: on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24)', UN Doc CRC/C/GC/15, par. 36.
[35] VN-Mensenrechtenraad, 'Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health', UN Doc A/HRC/32/32, par. 77.

kinderen en jongeren van 10 tot en met 19 jaar te bevorderen door adequate geestelijke gezondheidszorg beschikbaar te stellen en te waarborgen dat wetgeving met betrekking tot de mentale gezondheid, de rechten van jongeren met mentale problemen volledig erkennen.[36]

Participatie

Participatie is onmisbaar om te kunnen bepalen wat in het belang van het kind is. Het omvat het recht van het kind op informatie en het recht om zijn mening te geven. Participatie is een continu proces waarin informatie wordt uitgewisseld en waarin door deze continue wederzijdse uitwisseling wordt bepaald of voldoende maatwerk wordt geleverd en welke beslissingen nodig zijn.

Uit artikel 12 IVRK volgt dat ieder kind het recht heeft om zijn mening te geven over alle zaken die hem aangaan. Naar deze mening dient serieus te worden geluisterd en er dient een passend gewicht aan te worden toegekend die overeenstemming is met de leeftijd en de rijpheid van het kind. Het recht om een mening te geven is essentieel voor het verwezenlijken van het recht op een goede gezondheid en ontwikkeling en het recht op onderwijs.[37] Voor kinderen met een beperking is het recht om hun mening te geven nadrukkelijk in artikel 7 lid 3 VN-verdrag Handicap neergelegd. Als uitgangspunt geldt dat ieder kind in staat is zijn mening te uiten. Volgens de Speciaal Rapporteur is het recht op participatie belangrijk voor het vormgeven van wetgeving, beleid, programma's met betrekking tot de gezondheid en ontwikkeling van jongeren op school.[38] Het VN-Kinderrechtencomité benadrukt dit eveneens in General Comment nr. 9 en stelt dat dit van belang is zodat de zorg en ondersteuning voor kinderen met een beperking passend is.[39] Het VN-Kinderrechtencomité bepaalt vervolgens in General Comment nr. 15 uitdrukkelijk dat kinderen het recht hebben om hun mening te geven over onder andere het aanbod van diensten voor gezondheidszorg, op welke manier de diensten het beste kunnen worden aangeboden en wat de drempels zijn die kinderen ervan kunnen weerhouden om gebruik te maken van de gezondheidszorg.[40]

Het recht op informatie is vastgelegd in artikel 17 IVRK. Hieruit volgt dat ieder kind recht heeft op toegang tot informatie die de gezondheid en het welzijn van het kind bevorderen. Zonder adequate informatie is het niet mogelijk een eigen mening te vormen of om toestemming te geven voor een (medische) behandeling. In artikel 25 onder d VN-verdrag Handicap is specifiek bepaald dat personen met een beperking goede informatie krijgen over zorg, zodat zij goed geïnformeerd toestemming kunnen geven. Van belang is dat informatie wordt aanpast aan de ontwikkeling en de capaciteiten van het kind, zodat het een eigen mening kan vormen.

Recht op een toereikende levensstandaard

Ieder kind heeft volgens artikel 27 IVRK recht op een levensstandaard die toereikend is voor zijn lichamelijke, geestelijke, intellectuele, zedelijke en maatschappelijke ontwikkeling. Hierin zijn de waarborgen en inspanningsverplichtingen vastgelegd die nodig zijn om ervoor te zorgen dat kinderen niet in hun ontwikkeling worden belemmerd door het ontbreken van een toereikende

---

[36] VN-Mensenrechtenraad, 'Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health', UN Doc A/HRC/32/32, par. 70; Volgens de special rapporteur worden onder adolescenten verstaan jongeren in de leeftijd van 10-19 jaar.
VN-Comité voor de rechten van personen met een handicap, 'General Comment no. 4: Article 24: The Right to inclusive education', UN Doc CRPD/C/GC/4, par. 4; VN-Kinderrechtencomité, 'General Comment no. 12: The right of the child to be heard', UN Doc CRC/C/GC/12, par. 98 en 105.
[38] VN-Mensenrechtenraad, 'Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health', UN Doc A/HRC/32/32, par. 56.
[39] VN-Kinderrechtencomité, 'General Comment no. 9: The rights of children with disabilities', UN Doc CRC/C/GC/9, par. 32.
[40] VN-Kinderrechtencomité, 'General Comment no. 15: on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24)', UN Doc CRC/C/GC/15, par. 112.

levensstandaard.[41] De toereikende levensstandaard omvat naast onderdak, voldoende eten en drinken ook onderwijs en gezondheidszorg. In de eerste plaats zijn ouders verantwoordelijk om voor een toereikende levensstandaard te zorgen. Indien nodig, moet de overheid ouders hierbij ondersteunen.

Het recht op een toereikende levensstandaard vloeit tevens voort uit artikel 28 VN-verdrag Handicap. Hieruit volgt dat personen met een handicap recht hebben op een behoorlijke levensstandaard en dat de overheid passende maatregelen dient te nemen om de uitoefening dit recht, zonder discriminatie op grond van handicap, te beschermen en te bevorderen.

Uit het recht op een toereikende levensstandaard kan derhalve worden afgeleid dat de overheid verantwoordelijk is om geestelijke gezondheidszorg op scholen beschikbaar te stellen opdat kinderen met mentale problemen volwaardig kunnen deelnemen aan het onderwijs.

Conclusie

Uit het geschetste internationaal juridisch kinderrechtenkader volgt dat ieder kind het recht heeft zich zo optimaal mogelijk te ontwikkelen en dat de overheid verplicht is om dit recht in de ruimst mogelijke mate te waarborgen. Dit is alleen mogelijk indien de andere kinderrechten die nauw samenhangen met de ontwikkeling van het kind, worden gerespecteerd.

Onderwijs dient volgens het IVRK te zijn gericht op de zo volledig mogelijke ontplooiing van de persoonlijkheid, talenten, geestelijke en lichamelijke vermogens van het kind. Onderwijs en geestelijke gezondheidszorg zijn basisvoorzieningen voor kinderen om gezond en veilig te kunnen opgroeien. Inzet van geestelijke gezondheidszorg in het onderwijs is dan ook noodzakelijk om de ontwikkeling en ontplooiing van kinderen met een extra zorg- of ondersteuningsbehoefte te waarborgen. Uit het internationaal juridisch kader volgt duidelijk dat in verschillende verdragen het recht van kinderen op onderwijs en het recht op geestelijke gezondheidszorg afzonderlijk is verankerd in internationale verdragen. Hetzelfde geldt voor het recht op ontwikkeling. Gelet op het holistische karakter van het IVRK, waaruit volgt dat alle afzonderlijke rechten met elkaar samenhangen, kan uit het kader worden afgeleid dat de overheid zich moet inspannen om geestelijke gezondheidszorg in het onderwijs beschikbaar te stellen, zodat kinderen zich zo volledig mogelijk kunnen ontwikkelen en effectief aan het onderwijs kunnen deelnemen. Bij voorkeur wordt dit op scholen georganiseerd omdat dit volgens de Speciaal Rapporteur een zeer geschikte plaats is om de gezondheid van kinderen te bevorderen en om psychologische problemen af te wenden.[42] Dit volgt ook uit General Comment nr. 15 van het VN-Kinderrechtencomité. Daarnaast kan het worden afgeleid uit artikel 25 sub C VN-Mensenrechtenverdrag Handicap aangezien daarin wordt aangegeven dat de overheid de gezondheidsdiensten zo dicht mogelijk bij de eigen gemeenschap van mensen aan dient te bieden.

[41] M. Blaak e.a. (red.), *Handboek Internationaal Jeugdrecht,* Leiden: Defence for Children 2012, p. 424.
[42] VN-Mensenrechtenraad, 'Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health', UN Doc A/HRC/32/32, par. 77.

II. Nationaal juridisch kader

In dit hoofdstuk wordt het nationaal juridisch kader beschreven. De focus ligt op de verantwoordelijkheden van gemeenten, schoolbesturen en samenwerkingsverbanden. Ook is bekeken of en zo ja in hoeverre de samenwerking tussen onderwijs en jeugd-GGZ is geregeld. Niet alleen de relevante wetten en bijbehorende besluiten zijn bekeken, maar ook de toelichtingen op de wet zijn bestudeerd.

Samenwerking onderwijs en jeugd-GGZ

Uit de Memorie van Toelichting bij de Jeugdwet volgt dat door de decentralisatie van de jeugd-GGZ, meer mogelijkheden voor integrale zorg aan jeugdigen, snellere signalering en organisatie van de voorzieningen rondom jeugd en gezin zouden ontstaan. Doordat gemeenten verantwoordelijk zijn geworden voor de jeugd-GGZ, krijgen zij meer regie mogelijkheden. Hierdoor zou blijkens de Memorie van Toelichting een financiële prikkel moeten ontstaan voor gemeenten om te investeren in jeugd-GGZ op school.[43] De goede samenwerking tussen onderwijs en jeugd-GGZ is van belang om de rechten van het kind op passend onderwijs, om zich optimaal te ontwikkelen en om veilig op te groeien te kunnen waarborgen. Daarnaast is de samenwerking tussen onderwijs en jeugd-GGZ belangrijk om ervoor te zorgen dat jeugdigen die in behandeling zijn, naar school blijven gaan. Scholen spelen een belangrijke rol in het vroeg signaleren van problemen. Op deze manier kan snel en adequate lichte zorg worden verleend en kan worden voorkomen dat problemen escaleren en uitval van de leerling optreedt.[44] Als problemen niet tijdig worden behandeld, dan kan dit voor onderwijsachterstanden zorgen en voor problemen op latere leeftijd. De kansen van jongeren op bijvoorbeeld de arbeidsmarkt kunnen hierdoor worden belemmerd. Door jeugd-GGZ in en rond scholen te organiseren, worden leraren ondersteund bij het omgaan met psychische problemen of stoornissen. Uit de Memorie van Toelichting volgt ook dat de afstroom naar een lager niveau en uitstroom naar het (voortgezet) speciaal onderwijs naar verwachting worden beperkt door de inzet van gespecialiseerde jeugdhulp op school.[45]

Specifiek voor jongeren in het MBO geldt, dat de samenwerking tussen onderwijs en jeugd-GGZ belangrijk is voor de samenwerking tussen het onderwijs en de arbeidsmarkt.[46] Uit de Memorie van Toelichting bij de Jeugdwet volgt dat de samenwerking tussen het MBO en jeugdhulpaanbieders niet uitdrukkelijk wettelijk is geregeld.[47] Voor specifiek de samenwerking tussen onderwijs en jeugd-GGZ geldt eveneens dat dit niet uitdrukkelijk in de wet- en regelgeving is geregeld. Er wordt enkel gesproken over afstemming met en overleg tussen de gemeente/jeugdhulp en het onderwijs. Zoals kan worden afgeleid uit de Memorie van Toelichting bij de Wet Passend onderwijs en het Actieprogramma Zorg voor de Jeugd, lijkt de samenwerking tussen het onderwijs en de jeugd-GGZ in de praktijk onder andere in de vorm van zorgadviesteams en onderwijs-zorgarrangementen plaats te vinden.[48] Deze samenwerkingsvormen hebben echter geen wettelijke basis. Dit betekent dat er verschillen zijn in de manier waarop de zorgadviesteams en onderwijs-zorgarrangementen zijn vormgegeven en zijn ingericht.

Uit wet- en regelgeving volgt duidelijk dat er afstemming en overleg tussen gemeente/jeugdhulp en onderwijs plaats moet vinden. De samenwerking tussen onderwijs en jeugd-GGZ specifiek is daarentegen niet uitdrukkelijk geregeld, in dat kader is het niet duidelijk wat de verplichtingen zijn.

---

[43] *Kamerstukken II* 2012/13, 33684, 3, p. 43 (MvT).
[44] *Kamerstukken II* 2012/13, 33684, 3, p. 19 (MvT).
[45] Idem.
[46] *Kamerstukken II* 2012/13, 33684, 3, p. 20 (MvT).
[47] *Kamerstukken II* 2012/13, 33684, 3, p. 20 (MvT).
[48] *Kamerstukken II* 2011/2012 33106, 3, p. 9 (MvT) en Actieprogramma Zorg voor de Jeugd 2018, p. 33.

Zorgadviesteams (ZAT)
De inzet van ondersteuning in het onderwijs moet blijkens de Memorie van Toelichting bij de Wet passend onderwijs beter worden afgestemd op de inzet vanuit de jeugdzorg, de Wmo-zorg en de arbeidsmarkt. Als voorbeeld van een goede afstemming wordt het zorgadviesteam (ZAT) genoemd waarin onder andere het onderwijs, de gemeente, de geestelijke gezondheidszorg en de jeugdzorg deelnemen.[49] De ZAT's zijn in en rond het onderwijs georganiseerd. De multidisciplinaire teams kunnen snel signalen van leerkrachten beoordelen die wijzen op behoefte aan extra zorg voor een leerling.[50] Op die manier kunnen verschillende problemen tegelijk worden aangepakt. Het ZAT is niet wettelijk geregeld. De ZAT's zijn belangrijk omdat de leerkracht een extra verantwoordelijkheid heeft, zodra een leerling psychische problemen of een stoornis heeft.[51] Het is van belang dat leerkrachten de juiste ondersteuning krijgen en dat zij professionals kunnen consulteren.

Onderwijs-zorgarrangementen (OZA's)
Zoals eerder aangegeven, hebben onderwijs-zorgarrangementen (OZA's) geen wettelijke basis. Uit het Actieprogramma Zorg voor de Jeugd uit 2018 volgt dat het doel van de OZA's is om ervoor te zorgen dat kinderen optimale kansen krijgen om zich te ontwikkelen. Met dit doel wordt gewerkt aan de realisatie van flexibele onderwijs-zorgarrangementen. Gemeenten en zorgaanbieders dienen te streven naar afspraken met scholen over individuele en collectieve onderwijs-zorgarrangementen. Deze afspraken gaan over onderwijsondersteuning en specialistische jeugdhulp op school, in goede afstemming met de zorg thuis. Uit het Actieprogramma volgt eveneens dat gemeenten bij hun inkoopbeleid ook rekening moeten houden met zorgbehoeften in het onderwijs en daarbij mogelijkheden moeten creëren voor collectieve inzet van specialistische jeugdhulp op scholen.[52] Onder specialistische jeugdhulp dient ook de jeugd-GGZ te worden begrepen.

OZA's in de praktijk
Met behulp van onderwijs-zorgarrangementen (OZA's) wordt integraal samengewerkt rond het kind en zijn ouders op het gebied van onderwijs, jeugdhulp en/of zorg. Deze vorm van samenwerking kan worden ingezet als het kind naast ondersteuning in het onderwijs, ook jeugdhulp of zorg nodig heeft. OZA's worden in verschillende samenstellingen georganiseerd, waarbij bijvoorbeeld het wijk- of jeugdteam of de jeugd-GGZ wordt betrokken.[53] Het organiseren van OZA's is afhankelijk van de lokale of (boven)regionale mogelijkheden.[54] Zo volgt uit onderzoek van LECSO uit 2015 dat de organisatie onder meer afhangt van een gedeelde en integrale visie op het bieden van ondersteuning aan kinderen en jongeren, de beschikbare middelen van een samenwerkingsverband, de vertrouwensrelatie en de mate van openheid tussen scholen en aanbieders van jeugdhulp, alsmede de kwaliteit van samenwerking met gemeenten.[55] Ondanks dat er, zoals eerder benoemd, juridisch niets is geregeld over onderwijs-zorgarrangementen, worden er in de praktijk afspraken over ondersteuning op school gemaakt tussen samenwerkingsverbanden, gemeenten, zorgverzekeraars en/of zorgkantoren.[56] Een voorbeeld is het OZA van het samenwerkingsverband Primair Onderwijs Zaanstreek voor de specifieke

---

[49] *Kamerstukken II* 2011/2012, 33106, 3, p. 9 (MvT).
[50] Centrum voor Jeugd en Gezin, *Een goed begin is het halve werk: Handreiking voor een goede en preventieve samenwerking van jeugd-ggz met onderwijs en gemeenten,* 2011, p. 14.
[51] Nederlands Centrum Onderwijs en Jeugdzorg, 'De rol van de leerkracht en de school', te raadplegen via: https://www.ncoj.nl/kennisdossiers/psychische-problemen/rol-van-de-leerkracht-school.
[52] Actieprogramma Zorg voor de Jeugd 2018, p. 33.
[53] Nederlands Jeugdinstituut, 'Definitie van een onderwijs-zorgarrangement', te raadplegen via https://www.nji.nl/nl/Kennis/Dossier/Onderwijs-zorgarrangementen/Definitie-van-een-onderwijs-zorgarrangement.
[54] Idem.
[55] LECSO, 'Onderwijszorgarrangementen: Inventarisatie van uitdagingen bij het organiseren van arrangementen', 24 november 2015 te raadplegen via: https://www.lecso.nl/file/55461/Rapportage%20uitdagingen%20OZA%20LECSO.pdf.
[56] Nederlands Jeugdinstituut, 'Uitvoeringsniveaus van onderwijs-zorgarrangementen', te raadplegen via https://www.nji.nl/nl/Kennis/Dossier/Onderwijs-zorgarrangementen/Uitvoeringsniveaus-van-onderwijs-zorgarrangementen.

doelgroep leerlingen met psychische problemen. Deze groep kinderen heeft één of meerdere psychiatrische stoornissen waarvoor GGZ-behandeling nodig is.[57] De OZA heeft onder meer tot doel de afname van het aantal leerplichtontheffingen op grond van artikel 5 onder a Leerplichtwet, afname van geoorloofd (ziekte)verzuim en het voorkomen van thuiszitten. Een ander voorbeeld is het OZA 'Psychiatrie en Onderwijs' van GGZ Breburg.[58] Via dit onderwijs-zorgarrangement wordt ondersteuning aan het kind, de ouders en de leerkracht op school geboden.

Verantwoordelijkheid schoolbesturen, samenwerkingsverbanden en MBO-instellingen

De Wet Passend onderwijs brengt sinds 1 augustus 2014 een zorgplicht mee voor schoolbesturen (het bevoegd gezag) van primair- en voortgezet onderwijs, (voortgezet) speciaal onderwijs en MBO-instellingen.[59] Schoolbesturen zijn hierdoor verplicht om te zorgen dat alle kinderen, ook als zij extra ondersteuning nodig hebben vanwege een specifieke onderwijsbehoefte, een passende plek op school krijgen. Voor het primair en voortgezet onderwijs en (voortgezet) speciaal onderwijs geldt dat het samenwerkingsverband en (het bevoegd gezag van) de school verantwoordelijk zijn voor (het bieden van) (extra) ondersteuning voor leerlingen. Dit is vastgelegd in de Wet op het primair onderwijs (Wpo), de Wet op het voortgezet onderwijs (Wvo) en de Wet op de expertisecentra (Wec). Het bevoegd gezag van de school stelt iedere vier jaar het schoolondersteuningsprofiel vast waarin de voorzieningen die zijn getroffen voor leerlingen die extra ondersteuning behoeven, staan beschreven. MBO-instellingen vallen buiten de samenwerkingsverbanden. Zij zijn zelf verantwoordelijk voor het vormgeven van het onderwijsaanbod en (extra) ondersteuning. Dit volgt uit de Wet educatie en beroepsonderwijs (Web).[60]

Ondersteuning

De samenwerkingsverbanden stellen iedere vier jaar een ondersteuningsplan op. In het plan wordt toegelicht hoe het samenwerkingsverband een samenhangend geheel van voorzieningen voor extra ondersteuning binnen en tussen de scholen organiseert. Voordat het ondersteuningsplan wordt vastgesteld, dient echter eerst een op overeenstemming gericht overleg (OGOO) plaats te vinden met de gemeente. Het doel is om passend onderwijs en jeugdhulp op elkaar af te stemmen.[61] Het overleg vindt plaats volgens een door het samenwerkingsverband en de gemeente zelf vastgestelde procedure. Het bevoegd gezag van een MBO-instelling neemt op uitnodiging van het samenwerkingsverband van het voortgezet onderwijs deel aan het overleg, indien de instelling een of meer vestigingen heeft in het gebied van het desbetreffende samenwerkingsverband. Het bevoegd gezag van de MBO-instelling stemt het ondersteuningsaanbod af op de afspraken die in het OGOO zijn gemaakt. Het zou voor MBO-instellingen eenvoudig moeten zijn om samen te werken en af te stemmen met gemeenten, nu zij dichter bij MBO-instellingen staan. De instellingen hebben echter vaak ook vestigingen in meerdere gemeenten en hun studenten komen ook uit tientallen verschillende gemeenten. Dit betekent dat MBO-instellingen met een groot aantal gemeenten om de tafel moeten zitten, die vaak verschillend beleid hebben.[62]

Uit bovenstaande kan worden afgeleid dat het overleg vormvrij is en per regio kan verschillen. Ook is de afstemming tussen gemeenten en MBO-instellingen omslachtig. Daarnaast geldt dat de samenwerking tussen onderwijs en jeugd-GGZ niet uitdrukkelijk is vastgelegd in de wet- en regelgeving. Zo ontbreekt

---

[57] Samenwerkingsverband primair onderwijs Zaanstreek, 'Onderwijs-zorgarrangementen Zaanstreek', 26 juni 2018, te raadplegen via http:// www.swvpozaanstreek.nl%2Fuploads%2FOnderwijs-Zorg_arrangementen.pdf&usg=AOvVaw004eEqbVGcKuD5pV7wb0sW.

[58] GGZ Breburg, 'Onderwijs-psychiatrie', te raadplegen via https://www.GGZbreburg.nl/diensten/onderwijs-psychiatrie/.

[59] *Kamerstukken II* 2011/2012 33106, 3, p. 12 en 32 (MvT). Zie t.a.v. het MBO het verkennend onderzoek dat FNO heeft laten uitvoeren: KBA Nijmegen*, Studeren met psychische problemen in het mbo: een verkennend onderzoek*, KBA Nijmegen: 2020, p. 14.

[60] Zie art. 7.4.8 WEB en art. 8.1.3 lid 3 sub g WEB; *Kamerstukken II* 2011/2012 33106, 3, p. 32 (MvT).

[61] Art. 18 a lid 9 WPO, art. 17a lid 9 WVO en art. 8.3.5 WEB.

[62] KBA Nijmegen*, Studeren met psychische problemen in het mbo: een verkennend onderzoek*, KBA Nijmegen: 2020, p. 16.

het onder andere aan duidelijke afspraken over de functies, toewijzing, toezicht op kwaliteit van de uitvoering en het resultaat.[63]

Gelijke behandeling
Uit de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte (Wgbh/cz) volgt dat het verboden is om (in)direct onderscheid te maken. Beperkingen en chronische ziekten kunnen fysiek, verstandelijk, maar ook psychisch van aard zijn.[64] Kinderen met psychische problemen mogen niet van onderwijs worden uitgesloten. De Wgbh/cz is van toepassing op alle onderwijssectoren en is van belang wanneer het gaat om het bieden van doeltreffende aanpassingen en grenzen daaraan. Voor leerlingen in het primair en voortgezet onderwijs en (voortgezet) speciaal onderwijs en die bovendien extra ondersteuning nodig hebben vanwege psychische problemen, geldt dat het onderwijs moet worden afgestemd op hun behoefte en ontwikkelingsmogelijkheden. Daarbij treedt het bevoegd gezag, indien nodig, in overleg met de gemeente waar de leerling woont, de geneeskundige geestelijke gezondheidszorg, de jeugdgezondheidszorg en de maatschappelijke ondersteuning.[65] De Wgbh/cz is met name voor het MBO een belangrijke rechtsgrond, omdat hierin de zorgplicht voor MBO-instellingen is verankerd. Voor MBO-instellingen geldt dat onder het treffen van doeltreffende aanpassingen ook de aanpassing van opleidingen en aanpassing van de wijze van examinering aan de handicap van de deelnemer valt.[66]

Verantwoordelijkheid gemeenten
Sinds 1 januari 2015 zijn gemeenten op grond van de Jeugdwet (financieel) verantwoordelijk voor de jeugdhulp. De Jeugdwet is in beginsel van toepassing op alle in Nederland verblijvende jeugdigen tot achttien jaar. Dit betekent dat ook kinderen zonder verblijfsvergunning recht hebben op jeugdhulp.[67] Voor onrechtmatig verblijvende vreemdelingen gelden beperkingen ten aanzien van bepaalde jeugdhulpvoorzieningen.[68]

Jeugdhulp
Jeugdhulp is een breed begrip, hieronder valt in ieder geval hulp en ondersteuning die wordt geboden aan jeugdigen en hun gezinnen die dit nodig hebben vanwege opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen, beperkingen in zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie.[69] Hulp gericht op het realiseren van (passend) onderwijs valt niet onder de reikwijdte van de Jeugdwet.[70] De jeugd-GGZ vormt een onderdeel van de jeugdhulp. De jeugd-GGZ richt zich op jeugdigen die kampen met psychische klachten of stoornissen. Binnen deze categorie van zorg vallen onder andere de preventieve zorg, zoals die voor kinderen van ouders met psychiatrische of verslavingsproblematiek (KOPP/KVO), participatie in zorgadviesteams, behandeling van ernstige enkelvoudige dyslexie tussen 7 en 12 jaar, gesprekstherapie bij een psycholoog, psychiatrische gezinsbegeleiding, verslavingszorg, acute psychiatrie, vroegkinderlijke traumabehandeling en de multidisciplinaire zorg vanuit de GGZ.[71]

---

[63] D. van Veen e.a., *Monitor Gemeenten en passend onderwijs 2017. Bestuurlijk overleg en de afstemming met jeugdhulp.* Amsterdam: Nederlands Centrum Onderwijs & Jeugdzorg 2017.
[64] *Kamerstukken II* 2001/2002, 28169, 3, p. 24 (MvT).
[65] Art. 8 lid 4 WPO, art. 17b WVO en art. 11 lid 1 WEC; Zie ook: *Kamerstukken II* 2011/2012 33106, 3, p. 34 (MvT); Onder geneeskundige GGZ wordt verstaan de hulp die is gericht op herstel of voorkoming van verergering van een psychische stoornis.
[66] *Kamerstukken II* 2011/2012 33106, 3, p. 32 (MvT).
[67] Art. 1.3 Jw.
[68] Uit artikel 1.2 Besluit Jw volgt dat onrechtmatig in Nederland verblijvende minderjarige vreemdelingen bij voorkeur niet in een pleeggezin worden geplaatst en dat de jeugdhulp voor maximaal een half jaar wordt toegekend.
[69] Zie de definitie van jeugdhulp uit art. 1.1 Jw.
[70] Rb. Den Haag 11 juli 2018, ECLI:NL: RBDHA:8310.
[71] *Kamerstukken II* 2012/13, 33684, 3, p. 43 (MvT).

Afstemming van beleid
De gemeente legt het gemeentelijk beleid met betrekking tot de (uitvoering van) jeugdhulp vast in het gemeentelijk jeugdplan.[72] Gemeenten dienen af te stemmen en effectief samen te werken met het onderwijs. Zo zijn zij verplicht om via het OOGO, het gemeentelijk jeugdplan af te stemmen met het ondersteuningsplan van het samenwerkingsverband van de scholen in het primair en voortgezet onderwijs in de betreffende gemeente.[73] De uitgangspunten van het gemeentelijk beleid over (de uitvoering van) jeugdhulp zijn onder meer de preventie en vroege signalering van opgroei-, opvoedings- en psychische problemen en stoornissen. Daarnaast is het doel ook om het opvoedkundige klimaat in onder meer scholen te versterken.[74] De gemeente besluit of en zo ja, welke voorziening nodig is.[75] De beoordeling dient echter door een deskundige te worden gedaan.[76] Wie die deskundige zou moeten zijn volgt echter niet uit de Memorie van Toelichting. Toegang tot en toekenning van een individuele voorziening dient door de gemeente afgestemd te worden met andere voorzieningen op het gebied van zorg, onderwijs, maatschappelijke ondersteuning, werk en inkomen. Wanneer nodig stemt de gemeente voor het treffen van een individuele voorziening af met het onderwijs. Dit geldt voor zowel het primair, voortgezet als het middelbaar beroepsonderwijs.[77] Ook hier geldt dat de samenwerking tussen het onderwijs en de jeugd-GGZ niet uitdrukkelijk is geregeld. Gemeenten krijgen de vrijheid om zelf samenwerking te organiseren op onderwerpen waarvoor dit nodig is blijkens de Memorie van Toelichting.[78]

Jeugdgezondheidszorg
Tot slot zijn gemeenten op grond van de Wet publieke gezondheid (Wpg) verantwoordelijk voor de jeugdgezondheidszorg.[79] Ter uitvoering van de jeugdgezondheidszorg draagt de gemeente in ieder geval zorg voor de vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen.[80] Dat geldt ook voor het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding aan ouders en jeugdigen over bepaalde onderwerpen.[81] Voor jeugdigen tot 14 jaar heeft dit onder meer betrekking op psychosociale problemen, de weerbaarheid van jeugdigen, depressie en op gezondheidsbedreigingen van het gezin en omgeving, waaronder het psychisch milieu.[82] De voorlichting, advies, instructie en begeleiding voor jeugdigen van 14 jaar en ouder ziet op het vergroten van de weerbaarheid van de jeugdige en op het voorkomen van depressie.[83] Bij de uitvoering van de verschillende werkzaamheden wordt waar nodig samengewerkt met het onderwijs, de jeugdhulp en andere relevante zorg- en hulpverleners.[84] De jeugd-GGZ wordt hierbij niet specifiek genoemd.

Achttienplussers
Het MBO heeft veel jongvolwassen leerlingen. Voor een deel van hen is jeugd-GGZ van belang voor het schoolsucces. Jongeren vallen zodra zij achttien jaar zijn niet langer onder de Jeugdwet, maar onder de Zorgverzekeringswet. Bij uitzondering kan de jeugdhulp voor jongeren van 18 tot 23 jaar op grond van de Jeugdwet worden verlengd. Voorwaarde is dat de jeugdhulp al voor de achttiende verjaardag is gestart en dat de jongere nog geen 23 jaar is.[85] Wanneer de jongere op het voortgezet onderwijs jeugd-

[72] Art. 2.1 Jw; *Kamerstukken II* 2012/13, 33684, 3, p. 22 (MvT).
[73] Art. 2.2 lid 3 Jw.
[74] Art. 2.1 Jw; *Kamerstukken II* 2012/13, 33684, 3, p. 13 (MvT).
[75] *Kamerstukken II* 2012/13, 33684, 3, p. 114 (MvT).
[76] *Kamerstukken II* 2012/13, 33684, 3, p. 114 (MvT).
[77] Art. 2.7 Jw.
[78] *Kamerstukken II* 2012/13, 33684, 3, p. 126 (MvT).
[79] Art. 5 Wpg.
[80] Art. 5 lid 1 sub c Wpg.
[81] Art. 5 lid 2 sub d Wpg.
[82] Art. 6 lid 1 Besluit Publieke Gezondheid.
[83] Art. 6 lid 2 Besluit Publieke Gezondheid.
[84] Art. 7 Besluit Publieke Gezondheid.
[85] Zie de definitie van 'jeugdige' in art. 1.1 Jw.

GGZ ontvangt, is het van belang dat deze hulp wordt voortgezet indien de jongere de overstap maakt naar het MBO en nog steeds ondersteuning nodig heeft.

De gemeente draagt op grond van de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo) verantwoording voor maatschappelijke ondersteuning van jongvolwassen leerlingen met psychische problemen. De Wmo is van toepassing op kwetsbare jongeren vanaf achttien jaar en ouder die het niet op eigen kracht kunnen redden in de maatschappij. Er dient periodiek een plan te worden vastgesteld door de gemeente waarin het beleid omtrent de maatschappelijke ondersteuning wordt vastgelegd.[86] In het plan wordt bijzondere aandacht besteed aan een zo integraal mogelijke dienstverlening op het gebied van maatschappelijke ondersteuning, publieke gezondheid, preventie, zorg, jeugdhulp, onderwijs, welzijn, wonen, werk en inkomen.[87] Wanneer een maatwerkvoorziening wordt verstrekt, dan wordt indien nodig, afgestemd met de jeugdhulp en het onderwijs of de scholing die de cliënt volgt of kan volgen.[88] Uit welke gevallen dit nodig is, volgt echter niet uit de wet.

Conclusie

Uit de Memorie van Toelichting bij de Jeugdwet volgt uitdrukkelijk dat internationale verdragen, zoals het IVRK, het EVRM, het IVBPR en het IVRPH (VN-verdrag Handicap) van invloed zijn op de invulling van de jeugdhulpplicht (waaronder ook begrepen jeugd-GGZ) van gemeenten. Zij dienen zich te houden aan de bepalingen die in deze verdragen staan opgenomen.

Uit het internationaal kader volgt dat kinderen recht hebben zich zo optimaal mogelijk te ontwikkelen, recht op onderwijs en recht op geestelijke gezondheidszorg hebben. Uit het internationaal kader volgt tevens dat de (decentrale) overheid zich moet inspannen om geestelijke gezondheidszorg op scholen beschikbaar te stellen en hierin te investeren. Hoe hier in de praktijk vorm aan kan worden gegeven is echter onduidelijk. Eerdergenoemde rechten, zijn in het internationale kader nauw met elkaar zijn verbonden. Deze duidelijke samenhang ontbreekt in de nationale wet- en regelgeving alsmede in de praktijk.

De wettelijke verankering van samenwerking tussen het onderwijs en de jeugd-GGZ is summier. Vastgelegd is dat samenwerkingsverbanden (van het primair en voortgezet onderwijs) en gemeenten hun plannen via een op overeenstemmingsgericht overleg dienen af te stemmen. Daarnaast dragen zowel gemeenten als schoolbesturen, de verantwoordelijkheid om de individuele ondersteuning aan een leerling af te stemmen met andere voorzieningen op het gebied van zorg, onderwijs, maatschappelijke ondersteuning en werk en inkomen.[89] In de wet- en regelgeving is niet expliciet vastgelegd dat tussen het onderwijs en specifiek de jeugd-GGZ dient te worden samengewerkt. Ook ontbreekt het aan duidelijke richtlijnen en kaders in de wet- en regelgeving over het afstemmen en voeren van overleg, dit is vormvrij.[90] Daardoor kunnen per regio verschillen ontstaan, die mogelijk van invloed kunnen zijn op de ontwikkeling van jeugdigen. Voor specifiek het MBO geldt, dat samenwerking tussen de gemeente en het onderwijs überhaupt niet uitdrukkelijk is geregeld. Op MBO-instellingen zitten veel leerlingen van verschillende gemeenten. Gemeenten hebben een eigen jeugdzorgstructuur. Hierdoor moeten MBO-instellingen met veel verschillende gemeenten afstemmen.[91] Tevens ontbreekt het in de onderwijswetgeving aan een wettelijke basis voor zorgadviesteams en onderwijs-zorgarrangementen. Geconcludeerd kan worden dat de samenwerking tussen het onderwijs en de jeugd-GGZ met de huidige wet- en regelgeving te vrijblijvend is. Om de beschikbaarheid van jeugd-GGZ

[86] Art. 2.1.2 lid 1 Wmo 2015.
[87] Art. 2.1.2 lid 4 sub a Wmo 2015.
[88] Art. 2.3.5 lid 4 sub c, d en f Wmo 2015.
[89] *Kamerstukken II* 2012/13, 33684, 3, p. 20 (MvT).
[90] Zie Vereniging Nederlandse Gemeenten, 'Wat is de rol van de gemeente bij passend onderwijs, te raadplegen via www.vng.nl/artikelen/wat-is-de-rol-van-de-gemeente-bij-passend-onderwijs.
[91] R. Peeters, e.a., 'Mét andere ogen', op verzoek van de Coalitie Onderwijs-Zorg-Jeugd, 23 november 2018, p. 13.

op scholen te waarborgen, is duidelijke en uitdrukkelijke verankering van de samenwerking tussen onderwijs en jeugd-GGZ in de wet- en regelgeving noodzakelijk. Er dienen duidelijke afspraken te worden gemaakt over de inzet van jeugd-GGZ op scholen, over de verantwoordelijkheden en (toezicht op) de kwaliteit. Tot slot moet ook duidelijker worden geregeld in welke gevallen de gemeente moet afstemmen met de jeugdhulp en het onderwijs bij het verlenen van een maatwerkvoorziening. Dit geldt ook voor de toegang tot en toekenning van een individuele voorziening en de afstemming met andere voorzieningen op het gebied van zorg, onderwijs, maatschappelijke ondersteuning, werk en inkomen.

Aanbevelingen:

- Veranker uitdrukkelijk, in lijn met de internationale eisen hiertoe, de samenwerking tussen het onderwijs en de jeugd-GGZ (als onderdeel van de jeugdhulp) en verduidelijk de samenhang tussen beiden in nationale wet- en regelgeving;
- Werk in nationale wet- regelgeving nader uit hoe de samenwerking tussen het onderwijs en de jeugd-GGZ vorm krijgt waarbij onder meer wordt ingegaan op taken, toeleiding, afstemming bij individuele ondersteuning en samenhang met andere voorzieningen, het zorgadviesteam, de afstemming met onderwijs, verantwoordelijkheden en kwaliteitsbewaking;
- Garandeer dat kinderen toegang hebben tot dezelfde zorg. Regionale verschillen leiden tot rechtsongelijkheid.
- Ter voorbereiding van een nadere definiëring door de overheid verdient het aanbeveling om vervolgonderzoek te doen met verschillende stakeholders. We denken hierbij in ieder geval aan het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW), het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), GGZ Nederland, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en het Landelijk Platform Samenwerkingsverbanden (LPO). Op die manier kan worden bekeken wat er nodig is om de samenwerking tussen het onderwijs en de jeugd-GGZ in te richten in de praktijk en kan het vervolgonderzoek ter ondersteuning dienen van hoe de samenwerking in wet- en regelgeving moet worden vastgelegd;
- Betrek kinderen en ouders actief bij het verbeteren van de samenhang tussen onderwijs en jeugd-GGZ;
- Besteed bij de gesprekken over de afstemming tussen onderwijs en jeugdhulp specifiek aandacht aan de jeugd-GGZ, zowel met betrekking tot de aansluiting op de zorgstructuur als de afstemming op individueel niveau.

Suggesties voor mogelijk vervolgonderzoek

Een belangrijk inzicht dat volgt uit de voorstudie is de onderlinge verbondenheid van de verschillende mensen- en kinderrechten die zien op het recht op ontwikkeling, onderwijs en gezondheid zoals verankerd in internationale regelgeving. De vereiste samenhang ontbreekt momenteel in nationale wet- en regelgeving. Wat onder meer ontbreekt is heldere wet- en regelgeving gericht op het vormgeven van de samenwerking tussen het onderwijs en de geestelijke gezondheidszorg. Hoewel er in de praktijk mooie voorbeelden zijn van samenwerking tussen onderwijs en jeugd-GGZ, ontbreekt een duidelijke samenhang ook in de praktijk. Onzes inziens is een belangrijke vervolgstap om op beide niveaus, wetgeving en praktijk, te verkennen wat er nodig is en voorstellen te ontwerpen om dit te verbeteren zodat kinderen die geestelijke gezondheidszorg nodig hebben zich (ook) op school goed kunnen ontwikkelen.

Wat momenteel in de wet staat over samenwerking tussen onderwijs en jeugd-GGZ is te summier. De hiaten en knelpunten in wet- en regelgeving zijn blootgelegd in de voorstudie. Belangrijke vervolgstap is nu om te kijken hoe dat kan worden gerepareerd. Vervolgactiviteiten zijn nodig om in kaart te brengen

welke aanpassingen in de wet nodig zijn om te voldoen aan internationale verplichtingen en tegelijkertijd goed aansluiten bij wat nodig is om de samenwerking in de praktijk te verbeteren. Het gaat daarbij niet alleen om onderzoek en ontwerpactiviteiten zodat gefundeerde voorstellen gedaan kunnen worden, maar ook om het creëren van draagvlak. Het is dan ook belangrijk dat verschillende stakeholders worden betrokken zoals onderwijssectoren en beleidsmakers bij overheden en brancheorganisaties.

Wat is er op nationaal niveau nodig qua wettelijke borging? Hoe creëren we op nationaal niveau een goed en duidelijk wetgevingskader dat in lijn is met de internationale verdragen die Nederland heeft geratificeerd en wat betekent dit vervolgens voor de praktijk? Hierbij kan gekeken worden naar verschillende onderwijssectoren (PO/VO/(V)SO/MBO). Wij denken aan een onderzoek waarbij naast ouders, kinderen en jongvolwassenen, verschillende stakeholders en professionals vanuit onder andere het onderwijsveld, de gemeente en de jeugd-GGZ via een actieve en inspirerende werkvorm (bijvoorbeeld via expertmeetings) worden betrokken. Qua stakeholders en professionals willen wij onder meer client vertegenwoordigers, het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW), het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), GGZ Nederland, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en Landelijke organisaties voor directies van samenwerkingsverbanden in het PO, VO en de MBO Raad bij het onderzoek betrekken.

De betrokkenen worden niet alleen bij het onderzoek betrokken, maar worden tevens bij elkaar gebracht waardoor zij kennis en ervaringen kunnen uitwisselen. Met deze aanpak wordt beoogd om, vanuit de doelstelling om wet- en regelgeving aan te passen als stap richting het verbeteren van de samenwerking in de praktijk, kennis te vergaren maar ook om samenwerking en daarmee draagvlak te creëren. Daarbij wordt tevens beoogd om in kaart te brengen wat de praktijk vervolgens nodig heeft om nieuwe wetgeving goed te implementeren. Via pleitbezorging zal vervolgens getracht worden de benodigde aanpassingen in wet- en regelgeving te realiseren.

Deze insteek voor een vervolgonderzoek past binnen het programma Geestkracht van FNO aangezien dit programma zich de komende jaren onder andere richt op de preventie van het ontstaan van psychische problematiek en het beperken van de praktische gevolgen ervan bij jongvolwassenen. Het repareren van de knelpunten en hiaten in nationale wet- en regelgeving waardoor er beter samengewerkt kan worden tussen jeugd-GGZ en onderwijs en waardoor de leerling en zijn hulpvraag centraal komt te staan draagt hieraan bij. Daarnaast dragen we met dit vervolgonderzoek ook bij aan het bereiken van een andere doelstelling van het programma Geestkracht, namelijk het creëren van meer kansengelijkheid voor jongvolwassenen met psychische problematiek en bevorderen we maatschappelijke participatie van leerlingen met een psychische aandoening.

Referenties

Blaak 2012	M. Blaak e.a. (red.), *Handboek Internationaal Jeugdrecht,* Leiden: Defence for Children 2012.
Centrum voor Jeugd en Gezin 2011	Centrum voor Jeugd en Gezin, *Een goed begin is het halve werk: Handreiking voor een goede en preventieve samenwerking van jeugd-ggz met onderwijs en gemeenten,* 2011.
Defence for Children 2020	Defence for Children, *Op weg naar inclusief onderwijs als dagelijkse realiteit,* Leiden: Defence for Children 2020.
KBA Nijmegen 2020	KBA Nijmegen*, Studeren met psychische problemen in het mbo: een verkennend onderzoek*, KBA Nijmegen: 2020.
Peeters e.a. 2018	R. Peeters, e.a., *Mét andere ogen. Advies voor versnelling en besteding van de samenwerking onderwijs-zorg-jeugd*, op verzoek van de Coalitie Onderwijs-Zorg-Jeugd, 23 november 2018.
Schoonheim 2002	J. Schoonheim, 'The Right to Education in the Light of Disability', in: J.C.N. Willems (ed), *Developmental and Autonomy Rights of Children. Empowering Children, Caregivers and Communities*, Antwerpen/Oxford/New York: Intersentia 2002, p. 179-182.
Van Veen e.a. 2017	D. van Veen, e.a., *Monitor Gemeenten en passend onderwijs 2017. Bestuurlijk overleg en de afstemming met jeugdhulp.* Amsterdam: Nederlands Centrum Onderwijs & Jeugdzorg 2017.
Verwey-Jonker Instituut 2019	Verwey-Jonker Instituut, *Een actueel perspectief op kinderen en jongeren met een chronische aandoening in Nederland: Omvang, Samenstelling en participatie*, Utrecht: Verwey-Jonker Instituut 2019.
UN Document CRC/GC/2003/4	VN-Kinderrechtencomité, *General Comment no. 4: Adolescent Health and Development in the Context of the Convention on the Rights of the Child*, UN Doc CRC/GC/2003/4, 1 juli 2003.
UN Document CRC/CG/2003/5	VN-Kinderrechtencomité, *General Comment no. 5: General measures of implementation of the Convention on the Rights of the Child*, UN Doc CRC/GC/2003/5, 27 november 2003.
UN Document CRC/C/GC/9	VN-Kinderrechtencomité, *General Comment no. 9: The rights of children with disabilities*, UN Doc CRC/C/GC/9, 27 februari 2007.
UN Doc CRC/C/GC/12	VN-Kinderrechtencomité, *General Comment no. 12: The right of the child to be heard*, UN Doc CRC/C/GC/12, 20 juli 2009.
UN Document CRC/C/GC/15,	VN-Kinderrechtencomité, *General Comment no. 15: on the right of the child to the enjoyment of the highest attainable standard of health (art. 24)*, UN Doc CRC/C/GC/15, 17 april 2013.

UN Document CRC/C/NDL/CO/4	VN-Kinderrechtencomité, *Concluding observations on the fourth periodic report of the Netherlands*, UN Doc CRC/C/NDL/CO/4, 8 juni 2015.
UN Document CRPD/C/GC/4	VN-Mensenrechtenraad, *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*, UN Doc A/HRC/32/32, 4 april 2016.
UN Document CRPD/C/GC/4	VN-Comité voor de rechten van personen met een handicap, *General Comment no. 4: Article 24: The Right to inclusive education*, UN Doc CRPD/C/GC/4, 2 september 2016.
UN Document CRPD/C/GC/4	VN-Comité voor de rechten van personen met een handicap, *General Comment no. 4: The Right to inclusive education*, UN Doc CRPD/C/GC/4, 25 novermber 2016.

Jurisprudentie

Rb. Den Haag 11 juli 2018, ECLI:NL: RBDHA:8310.

Kamerstukken

Kamerstukken II 2012/13, 33684, nr. 3 (MvT).
Kamerstukken II 2011/2012, 33106, nr. 3 (MvT).
Kamerstukken II 2001/2002, 28169, nr. 3 (MvT).

Deelstudie (Jeugd-Geestelijke) Gezondheidszorg en het Onderwijs

I Oorspronkelijke vraagstelling en aangepaste opzet als gevolg van COVID-19

De beschikbaarheid van (jeugd)geestelijke gezondheidszorg in scholen is in Nederland geen vanzelfsprekendheid. De geestelijke gezondheidszorg opereert veelal als een specialistische tweede- of derdelijnsvoorziening die niet of nauwelijks is geïntegreerd in de zorgstructuur van het onderwijs. Mede hierdoor is de beschikbaarheid van de jeugd-GGZ voor het onderwijs beperkt en is de samenwerking met en ondersteuning van het onderwijs, net als de integratie van dienstverlening, niet voldoende ontwikkeld en ligt het accent vooral op verwijzing, behandeling en interventies en te weinig op vroegsignalering, preventie en normalisering (Van Veen, 2017).

Deze situatie is niet alleen een voedingsbodem voor gezondheidsrisico's maar ook voor leer-onderwijsachterstanden indien kinderen en jongeren én hun ouders en leraren niet de hulp en ondersteuning krijgen vanuit het onderwijs en de jeugd-GGZ die zij nodig hebben. Leerlingen en gezinnen met een laag sociaal-economische status en met extra ondersteuningsbehoeften worden hierbij extra getroffen. Maatschappelijk kwetsbare groepen benutten de jeugd-GGZ minder. Dit terwijl het VN-Kinderrechtenverdrag gelijke kansen bij de toegang tot het onderwijs en gezondheidszorg vereist. Wereldwijd heeft naar schatting 13 procent van de kinderen en jongeren aanzienlijke psychische/mentale problemen (Harvard Review of Psychiatry, 2018). Als die problemen niet worden behandeld, kunnen deze op latere leeftijd aanhouden. In steeds meer landen is de jeugd-GGZ beschikbaar in het onderwijs en werken steeds meer scholen met preventieve en interventieprogramma's voor geestelijke gezondheid. Nederland loopt daarin achter. Onderzoek laat zien dat dergelijke programma's significante, meetbare positieve effecten hebben op de emotionele, gedrags- en schoolresultaten van studenten. In Nederland gaat het evenzeer om een aanzienlijke groep jeugdigen die psychische problemen heeft. Deze groep omvat ook jeugdigen die niet naar school gaan, vaak verzuimen, onderpresteren of dreigen uit te vallen omdat ze kampen met gedragsproblemen of psychische en psychiatrische problemen, zoals angsten, fobieën, depressies, hyperactiviteit, een trauma of psychiatrische stoornissen.

Achtergrond van onze activiteiten voor het FNO-programma vormt de behoefte de samenwerking van de jeugd-GGZ met het onderwijs te verbeteren. De decentralisatie van de jeugdhulp naar gemeenten als ook de invoering van passend onderwijs lijken zowel kansen als bedreigingen te bieden om de toegang tot de jeugd-GGZ te verbeteren, zicht te krijgen op de benodigde zorg en samenwerking met het onderwijs, en passende ondersteuning te bieden aan jeugdigen én hun gezinnen en leraren. Bij het indienen van ons voorstel gingen de gedachten uit naar een programma dat uitgevoerd zou worden met de scholen in samenwerkingsverbanden po/vo in de regio Dordrecht (17.000 leerlingen) en de regio De Liemers (groot landelijk gebied rond Didam, Duiven, Doetinchem, tussen Arnhem en Doetinchem, 14.000 leerlingen), de mbo-instellingen in beide regio's, als ook betrokken GGZ-instellingen en andere relevante organisaties (zorgkantoren, jeugdgezondheidszorg) en lokale overheden. Daarbij wilden we ons in het bijzonder ook richten op maatschappelijk kwetsbare groepen leerlingen, kinderen en jongeren die op dit moment weinig profiteren van de jeugd-GGZ. Iedere jeugdige heeft namelijk recht op onderwijs én recht op passende zorg en ondersteuning om (volwaardig) te kunnen deelnemen aan het onderwijs en de samenleving. Naast en op basis van deze voorgenomen projectactiviteiten wilden we ons als gezegd inzetten voor landelijke agendering van de rechten van het kind op het gebied van onderwijs en (jeugd)GGZ (zie het eerste deel van deze rapportage).

Om zicht te krijgen op de stand van zaken in Nederland met betrekking tot de samenwerking van de jeugd-GGZ en het onderwijs en op recente ontwikkelingen en goede en veelbelovende voorbeelden in binnen- en buitenland die we kunnen benutten voor het ontwerp en de uitvoering van het programma,

was vooronderzoek zeer wenselijk. Professor Howard Adelman, hoogleraar-directeur van het National Center for Mental Health in Schools aan de Universiteit van California, Los Angeles (UCLA), topdeskundige op ons werkterrein, werd bereid gevonden met ons samen te werken bij het vooronderzoek.
Het vooronderzoek moest niet alleen een actueel beeld van de huidige praktijk in Nederland opleveren met betrekking tot de samenwerking van de (jeugd-)GGZ en het onderwijs, inclusief recente ontwikkelingen en goede/veelbelovende voorbeelden, maar ook concrete bouwstenen voor (vervolg)projectactiviteiten gericht op verbetering van de samenwerking tussen de jeugd-GGZ en het onderwijs. Voor de uitvoering van het onderzoek werd voorgesteld informatie te verzamelen langs twee lijnen: op landelijk niveau en op lokaal niveau.
De landelijke invalshoek wordt beschreven door combinatie van documentenanalyse met betrekking tot onder meer kenmerken van de inzet van jeugd-GGZ (visiedocumenten met accent op jeugd-GGZ na de Jeugdwet en inzet in het onderwijs) en kenmerken van deze inzet (aard en omvang programma's en preventieve/curatieve activiteiten, dekking vraag/behoeften, leeftijd en (specifieke) doelgroepen, knelpunten, nieuwe ontwikkelingen en emerging practices rond samenwerking met het onderwijs) met bevindingen uit interviews met sleutelfiguren uit de jeugd-GGZ (branche en instellingen), het onderwijs (samenwerkingsverbanden po/vo, mbo en (v)so) en gemeenten. De voorgestelde focus was daarbij gericht op de beoordeling van de huidige situatie en ervaren knelpunten daarin, en de identificatie van de ontwikkelingsrichting en wenselijke verbeteringen van de samenwerking van jeugd-GGZ en het onderwijs, mede gelet op vernieuwende praktijken in binnen- en buitenland.
Op lokaal/regionaal niveau wilden we aanvankelijk op twee regio's inzoomen: scholen in samenwerkingsverbanden po/vo in de regio Dordrecht (17.000 leerlingen) en de regio De Liemers (groot landelijk gebied rond Didam, Duiven, Doetinchem, tussen Arnhem en Doetinchem, 14.000 leerlingen), de mbo-instellingen in beide regio's, als ook betrokken GGZ-instellingen en andere relevante organisaties (zorgkantoren, jeugdgezondheidszorg) en lokale overheden.

Alternatieve uitwerking als gevolg van COVID-19
Vanuit deze opzet werd begin 2020 gestart met de analyse van documenten en de reeks voorgenomen interviews met sleutelfiguren uit betrokken regio's. In overleg met de opdrachtgever werd allereerst besloten tot een focus op één regio, de Drechtsteden (dus niet beperkt tot Dordrecht maar ook omliggende plaatsen in deze regio), en daarna tot aanpassing van de uitvoering van dit projectdeel vanwege de uitbraak van het coronavirus. Volgend op gesprekken met de samenwerkingsverbanden in het onderwijs (primair en voortgezet onderwijs), de gemeenten en aanbieders van jeugd-GGZ (en Yulius in het bijzonder) bleek dat de omstandigheden voor dataverzameling bij scholen zeer ongunstig was geworden, eenvoudig omdat leidinggevenden en andere sleutelfiguren van scholen andere dingen aan hun hoofd hadden. Tweemaal hebben we deze activiteiten toen uitgesteld in afwachting van gunstigere condities, maar deze bleven uit. In overleg met de opdrachtgever is toen besloten de activiteiten en het karakter van de rapportage substantieel aan te passen en vooral in te gaan op de wijze waarop de jeugd-GGZ zou kunnen aansluiten bij het onderwijs, met relevantie voor het programma Geestkracht en vervolgactiviteiten. We presenteren in deze rapportage onze bevindingen en bedanken onze gesprekspartners (zie bijlage) voor hun input voor of feedback op onderdelen van deze rapportage.

II Psychische problemen en mentale veerkracht van jeugdigen, de rol van het onderwijs en verbinding met (jeugd-geestelijke) gezondheidszorg

Omvang van psychische problemen

Depressie, angststoornissen en alcoholmisbruik en –afhankelijkheid komen veel voor: jaarlijks lijdt één op de vijf mensen in Nederland aan een van deze stoornissen.[92] Psychische aandoeningen zoals genoemd in de Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders (DSM) ontstaan meestal tijdens de jongvolwassenheid. Grofweg driekwart van de psychische aandoeningen ontstaat voor het 24e levensjaar, waarvan de helft voor het 14e levensjaar, terwijl behandeling vaak pas later begint.[93] Fobieën en impulscontrolestoornissen[94] eerder dan angst- en stemmingsstoornissen en middelengebruik. Jongvolwassenheid is een veeleisende tijd waarin mensen onder meer toegroeien naar zelfstandigheid, relaties aangaan en hun weg vinden in opleiding en werk. Kleinjan, Bolier, Onrust en Monshouwer (2016)[95] constateren op basis van literatuuronderzoek dat de Nederlandse kinderen behoren tot de gelukkigste kinderen van de wereld. Tegelijkertijd heeft naar schatting 20-25% van de leerlingen tussen de 11 en 18 jaar last van gedrags- of psychosociale problemen, zoals overmatig middelengebruik of een angst- of depressieve stoornis (Meijer et al., 2006). Ofschoon er verschillende definities en meetinstrumenten worden gebruikt, geven ook andere recente onderzoeken aan dat er sprake is van een omvangrijk probleem.[96]

- Een veelgebruikte vragenlijst (ook internationaal) is de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Daarmee worden emotionele problemen, gedragsproblemen, hyperactiviteit en problemen met leeftijdgenoten gemeten. In het basisonderwijs scoort 15,8% van de leerlingen hoog op de som van de vier probleemschalen. In het voortgezet onderwijs is dat 19%. Jongens scoren hoger op gedragsproblematiek en meisjes op emotionele problematiek. De totaalscore is zowel voor meisjes als jongens nauwelijks veranderd tussen 2013 en 2017.[97]

- Van Hal, Tierolf, van Rooijen en van der Hoff (2019) zijn anders te werk gedaan in hun onderzoek naar kinderen met een psychische of somatische chronische aandoening. Zij baseren zich op de gegevens van zorgverzekeraars en diagnoses die op medisch-wetenschappelijke wijze waren verstrekt en komen tot de volgende conclusie: *"Het aantal en percentage kinderen met een psychische aandoening neemt toe tot 14 jaar (14,7%), waarna een (lichte) daling te zien is tot 17 jaar (11,1%), daarna schommelt het percentage jongeren met een psychische aandoening rond de 11%.In totaal hebben 478.000 kinderen en jongeren in de leeftijd 0 t/m 25 jaar een psychische aandoening; dit is 9,6% van het totaal aantal kinderen en jongeren"* (p. 21). Na astma (227.000 kinderen; 4,6%), zijn angst- en stemmingsstoornissen (4,1%) en ADHD/ADD (3,6%) de meest voorkomende chronische aandoeningen bij kinderen/jongeren.[98]

---

[92] Meijer, S.A., Smit, F., Schoenmaker, C.G., & Cuijpers, P. (2006). *Gezond verstand: evidence based preventie van psychische stoornissen.* Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

[93] Kessler, R.C., Amminger, G.P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Bedirhan Ustun, T. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4):350-364.

[94] Ontwikkelingsstoornissen als ASS en ADHD, veelal voor het achtste levensjaar.

[95] Kleinjan, M., Bolier, L., Onrust, S., & Monshouwer, K. (2016). *Mentale weerbaarheid en mentaal welbevinden in de schoolsetting*. Utrecht: Trimbos-instituut.

[96] Schoemaker, C., Kleinjan, M., Borg, W. van der, Busch, M., Muntinga, M., Nuijen, J., & Dedding, C. (2019). *Mentale gezondheid van Jongeren: enkele cijfers en ervaringen*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Trimbos-instituut en Amsterdam UMC.

[97] Stevens, G., Dorsselaer, S. van, Boer, M., Roos, S. de, Duinhof, E., Bogt, T. ter, Eijnden, R. van den, Kuyper, L., Visser, D., Vollebergh, W., & Looze, M. de (2017). *Gezondheid en welzijn van Jongeren in Nederland. HBSC 2017*. Utrecht: Universiteit Utrecht, Trimbos-instituut en Sociaal Cultureel Planbureau.

[98] Hal, I. van, Tierolf, B., Rooijen, M. van, & Hoff, M. van der (2019). *Een actueel perspectief op kinderen en jongeren met een chronische aandoening in Nederland: Omvang, samenstelling en participatie* (p. 22). Utrecht: Verwey Jonker instituut.

- FNO heeft het Trimbos-instituut gevraagd om een quickscan uit te voeren van beschikbare informatie over het vóórkomen, de gevolgen en de aanpak van psychische problematiek bij een vijftal groepen kwetsbare jongvolwassenen in de leeftijd van 16-35 jaar.[99] Nuijen, Bolier, van Doesum, van der Poel en Kleinjan (2019) becijferen dat 28,1% van de jongeren in de leeftijdscategorie 18 tot 25 en 19,5% in levensfase 25-35 het afgelopen jaar enigerlei stoornis had (angststoornis, stemmingsstoornis inclusief depressie, ADHD, gedragsstoornis). Als de percentages worden toegepast op de aantallen 18 tot 25-jarigen en 25-35 jarigen, hadden naar schatting 840.000 jongvolwassenen in de leeftijd van 18 tot 35 jaar een psychische aandoening in 2018.

- Er zijn op ten aanzien van psychische problematiek niet alleen verschillen tussen jongens/mannen en meisjes/vrouwen, maar ook opleidingsniveau is relevant. Eén op acht (12,4%) van de jongvolwassenen in de leeftijd van 18 tot 35 jaar met een lagere opleiding had in het afgelopen jaar een stemmingsstoornis. De jaarprevalentie van angststoornis lag wat hoger (13,8%). Stemmings- en angststoornissen kwamen op jaarbasis minder vaak voor bij leeftijdsgenoten met een hogere opleiding (mbo, havo, vwo, hbo of wo), met jaarprevalenties van respectievelijk 5,9% en 9%.[100] En psychische klachten en aandoeningen komen in het algemeen vaker voor bij mensen met een niet-westerse migratieachtergrond dan bij mensen met een Nederlandse achtergrond. Dit algemene beeld is te zien bij zowel jeugdigen als volwassenen.

- Van Steijn, de Winter en Reijneveld (2015)[101] maakten gebruik van een langlopende cohortstudie waarin een representatieve steekproef van 2230 jongeren uit Noord-Nederland is gevolgd in hun ontwikkeling van hun 10e tot 23e levensjaar. Psychosociale problemen worden gemeten met de Youth Self Report (YSR) vragenlijst. Wat betreft psychosociale problemen namen de prevalenties van teruggetrokken, depressief en externaliserend gedrag toe tijdens de adolescentie van 19,2% op 13-jarige leeftijd naar 26,8 drie jaar later. Het aantal jongeren met Internaliserende problemen daalde in dezelfde periode van 18,7% naar 17,1%. De stapeling van risicofactoren (psychosociale problemen, middelengebruik et cetera) steeg in de vroege adolescentie. Jongeren die een lager onderwijsniveau volgden, hadden op 16-jarige leeftijd vaker stapeling van risicofactoren dan jongeren die havo of een hoger onderwijsniveau volgden.

- Het MBO is een grote onderwijssector met circa 500.000 studenten van 16 jaar tot 27 jaar, verdeeld over 65 MBO-instellingen. Omdat er geen harde en betrouwbare cijfers zijn met betrekking tot prevalentie van psychische klachten van studenten in het MBO[102] heeft FNO de opdracht gegeven aan KBA om daar onderzoek naar te doen[103]. Eimers et al. (2020) maken aannemelijk dat veel jongeren in het MBO te maken hebben met psychische problemen.
  - Uit onderzoek naar de mentale gezondheid van jongeren blijkt dat de leeftijdscategorie 18 t/m 25 jaar de meeste psychische problemen ondervindt (Schoenmaker et al., 2019); deze leeftijdscategorie is stevig vertegenwoordigd in het MBO. Tweederde van de studenten is ouder dan 18 jaar.

---

[99] Het gaat om de volgende vijf groepen: jongvolwassenen met een lage opleiding, jongvolwassenen met een niet-westerse migratieachtergrond, studenten in het middelbaar beroepsonderwijs (mbo), hoger beroepsonderwijs (hbo) en wetenschappelijk onderwijs (wo), jongvolwassen asielzoekers en statushouders, en jongvolwassenen met ernstige psychische aandoeningen (EPA). Cijfers zijn afkomstig uit NEMESIS-2, de enige studie in Nederland die representatieve gegevens genereert over het vóórkomen van psychische aandoeningen in de Nederlandse bevolking.
[100] Nuijen, J., Bolier, L., Doesum, T. van, Poel, A. van der, & Kleinjan, M. (2019). *Quickscan: kwetsbare jongvolwassenen met psychische problematiek*. Utrecht: Trimbos-instituut.
[101] Steijn, L. van, Winter, A.F. de & Reijneveld, S.A. (2015). Leefstijl en psychosociale gezondheid bij adolescenten. Een extra contactmoment in de jeugdgezondheidszorg. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde, 159: A8530, 1-7.
[102] Omdat het laatste wettelijke contactmoment van de jeugdgezondheidszorg is als leerlingen 14 jaar zijn, is de jeugdgezondheidszorg vanuit de wettelijke taken niet aanwezig op het MBO. Zij zijn daarmee ook geen structurele informatiedrager van voorkomende klachten en problemen in deze onderwijssector.
[103] Eimers, T., Leest, B., Jenniskens, T., & Beurskens, K. (2020). *Studeren met psychische problemen in het mbo*. Nijmegen: KBA.

- Omdat er in het MBO geen (voortgezet) speciaal onderwijs bestaat zoals in het primair onderwijs en voortgezet onderwijs, is het MBO ook voor jongeren met een psychische en/of lichamelijke aandoening toegankelijk. Het overgrote deel van de studenten in het MBO zit in de adolescentiefase (16 t/m 27 jaar). In die fase wordt er steeds meer zelfstandigheid en zelfredzaamheid van jongeren verwacht, terwijl deze jongeren daar (mentaal, maar ook fysiek) nog niet altijd toe in staat zijn. Daarmee is het risico op manifestatie van psychische problemen hoog.[104]
- Uit de analyses van voortijdig schoolverlaten blijkt dat psychische problematiek vaak een van de onderliggende oorzaken van uitval is.

Eimers et al. (2020) hanteren een brede definitie van psychische problematiek (zowel klachten als stoornissen) en komen op basis van onderzoeken die zijn gedaan, tot een ruwe, indicatieve schatting:

- "Ongeveer vijf procent van de studenten heeft te maken met een 'herkenbare' aandoening" (zoals ADHD/ADD en ASS).
- "Als daarbij opgeteld worden studenten met overige aandoeningen en met klachten dan gaat het naar schatting om 15-20 procent, gebaseerd op dossieronderzoek en studentenenquêtes".
- "Als dyslexie en dyscalculie als enkelvoudige aandoening meegerekend worden, loopt het percentage met psychische problematiek op tot veertig procent van de studentenpopulatie in het mbo". (p. 33)

Volgens Eimers et al. (2020) loopt de aard van de psychische problematieken waarmee mbo-studenten te maken hebben zeer uiteen. De onderzoekers constateren dat deze problemen vaak voorkomen in samenhang met andere problematieken zoals onder meer financiële problemen en schulden, verslaving, huiselijk geweld en tienerzwangerschappen.

- Met name kinderen van ouders met een depressie of angststoornis (ook wel KOPP-kinderen genoemd) hebben een verhoogd risico op stoornissen.[105] Tweederde deel van de kinderen van ouders met een depressie of angststoornis heeft op 35-jarige leeftijd zelf een depressie of angststoornis of heeft deze gehad.[106] De grafiek van depressie en angststoornissen bij deze KOPP-kinderen loopt geleidelijk op van 0% bij 0-jarigen, 8% bij 10-jarigen, 38% bij 20-jarigen naar 65% bij 35-jarigen. Het risico is het grootst bij meisjes, als beide ouders een stoornis hebben, als de stoornis van de ouder op jonge leeftijd is ontstaan of bij een minder adequaat gezinsfunctioneren. Een cumulatie van deze factoren geeft een ultrahoog risico.

- Nederland telt op jaarbasis 405.000 mensen met psychische en/of verslavingsproblemen en met kinderen in de leeftijd tot 18 jaar. In totaal hebben deze ouders 577.000 kinderen onder de 18 jaar.[107] Deze kinderen noemen we KOPP/KVO-kinderen. Daarvan zijn 423.000 kinderen 12 jaar of jonger. Ongeveer 96% van alle KOPP/KOV-kinderen heeft een ouder waarbij er in de laatste 12 maanden sprake was van tenminste één psychisch probleem zoals een depressie, paniekstoornis of ADHD. Bij 4% van de kinderen heeft de ouder verslavingsproblemen. Dit komt neer op 24.000 kinderen. Daarnaast zijn er nog eens 113.000 kinderen met een ouder waarbij sprake is van

[104] Manen, J. van., Vink, C., & Valkestijn, M. (2018). *Participatie van jongeren met psychische problemen. Hoe lokale voorzieningen en initiatieven kunnen bijdragen aan de mentale gezondheid van jongeren.* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
[105] Zanden, R. van der, Haverman, M., & Poel, A. van der (2016). *KOPP/KVO. Resultaten van een rondgang in de uitvoeringspraktijk van preventie, zorg en ondersteuning voor kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP) en kinderen van verslaafde ouders (KVO).* Utrecht: Trimbos-instituut.
[106] Havinga, P.J., Boschloo, L., Bloemen, A.J.P., Nauta, M.H., Vries, S.O. de, Penninx, B.W.J., Schoevers, R.A., & Hartman, C.A. (2017). Doomed for disorder? High incidence of mood and anxiety disorders in offspring of depressed and anxious patients: a prospective cohort study. *Journal of Clinical Psychiatry,* 78(1) 8-17.
[107] Doesum, T. van, Gee, A. de, Bos, C., & Zanden, R. van den (2019). *KOPP/KOV: Een wetenschappelijke onderbouwing van de* cijfers. Utrecht: Trimbos-instituut.

middelengebruik. Middelengebruik is vaak een voorstadium van verslaving, daarom is verslavingspreventie ook gericht op deze doelgroep.

Urgentie/ernst van psychische problemen: individueel en maatschappelijk

De omvang van psychische problematiek is aanzienlijk, zeker bij jongeren. Maar wat is de ernst voor betrokkenen en voor de maatschappij in vergelijking met andere aandoeningen? Om de ernst, de last aan te geven voor betrokkenen wordt de ziektelast van elke aandoening berekend: het aantal verloren levensjaren (door vroegtijdig sterfte), en het aantal jaren geleefd met gezondheidsproblemen. Angststoornissen en stemmingsstoornissen (inclusief depressie) staan op plaats vijf en zeven; suïcide(pogingen) en overspannenheid (inclusief burn-out) behoren bij de eerste helft van de lijst van 53 ziekten/aandoeningen; persoonlijkheidsstoornissen, schizofrenie, autisme en gedragsstoornissen bij het tweede deel.[108]

De omvang en aard van de psychische problematiek van kinderen en jongeren heeft niet alleen gevolgen voor de kwaliteit van leven van betrokkenen, maar heeft ook maatschappelijke gevolgen. Gedrags- en psychosociale problemen hangen samen met schooluitval, disfunctioneren in de volwassenheid en een slechtere fysieke gezondheid.[109] Als die problemen niet worden behandeld, kunnen deze op latere leeftijd aanhouden. In Nederland gaat het als gezegd om een aanzienlijke groep jeugdigen die psychische problemen heeft. Deze groep omvat eveneens jeugdigen die niet naar school gaan, vaak verzuimen, onderpresteren of dreigen uit te vallen omdat ze kampen met gedragsproblemen of psychische en psychiatrische problemen, zoals angsten, fobieën, depressies, hyperactiviteit, een trauma of psychiatrische stoornissen. Ook als het gaat om de gevolgen van onbehandelde psychische problematiek is het risico groter dat er negatieve effecten zijn op schoolprestaties en op andere punten, we noemen er hieronder enkele (Doesum et al., 2019).

Schoolprestaties:	Kinderen van ouders met een alcoholverslaving hebben een grotere kans om lagere cijfers te halen, te blijven zitten en een opleiding na het voortgezet onderwijs niet af te ronden. Ook bij kinderen van ouders met psychische problemen wordt er een negatieve impact gezien op het schoolleven en onderwijsresultaten.
Kindermishandeling:	KOPP/KVO-kinderen hebben twee tot drie keer zoveel kans om te maken te krijgen met kindermishandeling. Dit kan zowel fysieke als mentale mishandeling zijn.
Levensverwachting:	De levensverwachting van kinderen van ouders met een depressie is mogelijk tot 8 jaar korter dan die van kinderen van ouders zonder psychopathologie. Dit wordt verklaard door suïcide of overdosis op jongere leeftijd.
Scheiding:	Kinderen van ouders met een depressieve stoornis maken als volwassene vaker zelf een scheiding door dan kinderen met een ouder zonder depressieve stoornis.

Eens per vier jaar maakt het RIVM, als onderbouwing van het volksgezondheidsbeleid van het Rijk, een Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV). In de VTV-2018[110] adviseert het RIVM het kabinet om naast aandacht voor zelfstandig wonende ouderen en de ziektelast door hart- en vaatziekten en kanker prioriteit te geven aan het terugdringen van de mentale druk op jongeren en jongvolwassenen. Veel jongeren en jongvolwassenen, zo stelt de VTV-2018, ervaren druk om te presteren en dit lijkt toe te

[108] https://www.volksgezondheidenzorg.info/ranglijst/ranglijst-aandoeningen-op-basis-van-ziektelast-dalys
[109] Kleinjan, M., Bolier, L., Onrust, S., & Monshouwer, K. (2016). *Mentale weerbaarheid en mentaal welbevinden in de schoolsetting*. Utrecht: Trimbos-instituut.
[110] Hilderink, H.B.M., & Verschuuren, M. (2018). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht. Synthese.* Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

nemen. In het meerjarenprogramma Depressiepreventie [111] behoren jongeren (waaronder KOPP/KOV-kinderen) tot een van de zes doelgroepen waar aandacht naar uitgaat, vanwege het verhoogde risico.

De instroom bij de jeugd-GGZ is zodanig dat de wachtlijsten oplopen, de kosten voor gemeenten stijgen en jeugd-GGZ niet of nauwelijks toekomt aan zwaardere en meer complexe cases, zo beweerde onlangs Annemiek Harder, hoogleraar orthopedagogiek.[112] Worden de kinderen die echt medisch specialistische zorg nodig hebben wel tijdig gesignaleerd en toegeleid naar de hulpverlening? De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde en Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie geven in een brief naar de vaste commissie voor VWS in de Tweede Kamer aan dat zowel jeugdpsychiaters als kinderartsen zich dagelijks zien geconfronteerd met kwetsbare kinderen die niet de (curatieve) psychische hulp krijgen die zij zo hard nodig hebben.[113] Kinderen komen te laat bij medisch-specialisten terecht of komen op de verkeerde plek terecht. Zij krijgen niet de hulpverlener die past bij hun zware psychische problematiek mede vanwege de lange wachtlijsten en onvoldoende beschikbare behandelmogelijkheden.

Deze situatie is niet alleen een voedingsbodem voor gezondheidsrisico's maar ook voor leer- en onderwijsachterstanden indien kinderen en jongeren én hun ouders en leraren niet de hulp en ondersteuning krijgen vanuit het onderwijs en de jeugd-GGZ die zij nodig hebben. Leerlingen en gezinnen met een lage sociaaleconomische status en met extra ondersteuningsbehoeften worden hierbij extra getroffen. Maatschappelijk kwetsbare groepen benutten de jeugd-GGZ ook minder. Dit terwijl het VN-Kinderrechtenverdrag gelijke kansen bij de toegang tot het onderwijs en gezondheidszorg vereist.

Intermezzo: een richtinggevende visie en overwegingen bij het zoeken naar een aanpak

Als we de omvang en urgentie van psychische problemen en psychosociale problematiek zien, en weten dat in driekwart van de gevallen het zich het aandient voor het 24e levensjaar, lijkt investeren in mentale gezondheid en weerbaarheid van jongeren zinvol. Maar wat is dan een kansrijke aanpak? Allereerst is het goed om ons te realiseren dat er in geval van psychosociale problematiek niet alle aandacht moet gaan naar "de patiënt". Binnen de psychiatrie wordt gesproken over 'psychische kwetsbaarheid', waarbij iedereen een zekere mate van psychische kwetsbaarheid heeft, een deel van de bevolking gemiddeld kwetsbaar is en een kleiner deel extra kwetsbaar. Of de kwetsbaarheid leidt tot een stoornis hangt mede af van gebeurtenissen en de omgeving.[114] De GGZ-standaard[115] verwoordt het ontstaan van psychische klachten en stoornissen vanuit:

> een ingewikkelde interactie tussen kwetsbaarheden in het kind zelf en omstandigheden buiten het kind. Beschermende factoren in het kind zelf (veerkracht of weerbaarheid) of in de omgeving van het kind kunnen de kans op het ontwikkelen van klachten verkleinen, ondanks de aanwezigheid van een zeker risico bij het kind. (p. 15)

Oftewel, een aanpak dient rekening te houden met zowel de psychische kwetsbaarheid van de jeugdige als met factoren c.q. kwaliteiten van zijn of haar omgeving.

---

[111] Meerjarenprogramma Depressiepreventie. Versie 14 februari 2017.Den Haag: VWS.
[112] Hoogleraar orthopedagogiek Annemiek Harder: "Het geld gaat naar lichte zorg, het kwetsbaarste kind is de dupe". *Trouw*, 5 oktober 2020.
[113] Brief is gericht aan de leden van de Vaste Commissie VWS, gedateerd 7 juni 2019. Verzonden door Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde en Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. Ondertekend door prof. dr. Arne Popma en Karoly Illy.
[114] Staal, W. (2019). *Erop Uit*! Nijmegen: Radboud Universiteit. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Psychiatrie aan de Radboud Universiteit/het Radboud umc op vrijdag 14 juni 2019.
[115] Generieke module Psychische klachten in de kindertijd. Gepubliceerd op 3 september 2020 (www.GGZstandaarden.nl).

Hoogleraar Kinder- en jeugdpsychiatrie Staal (2018)[116] wijst op de impact van verwachtingen vanuit de omgeving richting kinderen en geeft als voorbeeld de diagnose van autisme:

> In de hedendaagse maatschappij wordt een sterk beroep gedaan op het vermogen tot communiceren en samenwerken, op het integreren van grote hoeveelheid informatie, op het vermogen tot filteren van informatie en op het flexibel kunnen omgaan met wisselende concepten en ideeën. Het is interessant om te zien dat de classificatiecriteria voor een autisme-spectrum-stoornis, zoals beschreven in de DSM 5, bijna een spiegelbeeld van deze op communicatie en flexibiliteit gerichte eigenschappen zijn. (p. 4)

Overvragen van een kind, door ouders, door school of door de maatschappij ziet hij als één van de factoren die ervoor zorgt dat een psychische kwetsbaarheid kan leiden tot een stoornis. In zijn eigen woorden (Staal, 2019):

> Overvraging bijvoorbeeld omdat iemand sociaal emotioneel nog onrijp is, maar van wie wel verwacht wordt te voldoen aan de eisen die de maatschappij stelt, leidt vaak tot angstklachten, stemmingsklachten, verwarring en starheid en agressie. De kunst is om dit te onderscheiden van bijvoorbeeld een typische depressie en te voorkomen dat nodeloze interventies worden ingezet. Dat een grote groep enige, maar niet zeer grote psychische kwetsbaarheid heeft wordt onder andere zichtbaar uit traumaonderzoek. Uit meerdere studies blijkt dat bij het oplopen van een ernstig trauma, het merendeel geen psychopathologie ontwikkelt. Voor het grootste deel van onze populatie geldt dan ook waarschijnlijk dat het ontwikkelen van psychopathologie bij deze gemiddelde psychische kwetsbaarheid, sterk contextafhankelijk is. (p. 5)

Staal (2019) stelt dat voor kinderen en jongeren met een gemiddelde psychische kwetsbaarheid grote winst te behalen is door een andere maatschappelijke visie te hebben op wat we van onze kinderen verwachten:

> Een gemiddeld kind, en dat betreft het grootste deel van de kinderen en jongeren, zal niet en tophockey en gymnasium en conservatorium aankunnen. Dit zal tot een overvraging leiden die uiteindelijk leidt tot psychiatrische ziekte en uitval op school, hetgeen weer voorspellend is voor uitval op werk en psychopathologie op volwassen leeftijd. (p. 6)

Ook op een ander punt is de omgeving bepalend, namelijk door het wel of niet stellen van een diagnose, we volgen nog steeds Staal (2019):

> Naast de groep van kinderen die meestal materieel alles hebben, maar emotioneel overvraagd worden in de huidige maatschappij, is er een helaas aanzienlijke groep kinderen die in relatieve armoede opgroeien en vaak een zeer ongezonde leefstijl hebben waarin overgewicht of het vroegtijdig ontwikkelen van verslavingsgedrag zoals roken, de norm is. De kinder- en jeugdpsychiater zou moeten helpen in het beperken van de tendens om kinderen die door de zojuist geschetste omstandigheden vastlopen, niet een diagnose te geven, maar veel meer te benoemen wat nodig is. (..) Te veel kinderen krijgen nu een diagnose. Het operationaliseren van dysfunctie lijkt soms te zijn weggevallen uit de diagnostiek in de eerste en tweede lijn en te zijn vervangen door het afvinken van screeningslijsten, die vooral een accent hebben op gedragskenmerken en veel minder functiebeperking operationaliseren. De meeste hulpverleners in de GGZ zijn daarnaast uitstekend opgeleid om “te ontdekken” wat er voor psychiatrisch probleem er bestaat, maar niet of nauwelijks in het beschouwen van problemen in een andere context. (pp. 6-7)

Voor onze beschouwing volgen we Staal (2018) nog wat langer, aangezien hij enkele behartenswaardige kanttekeningen plaatst bij de huidige praktijk.

---

[116] Staal, W.G. (2018). *Autisme, de noodzaak tot integratie van kennis, organisatie en perspectieven.* Leiden: Universiteit Leiden. Oratie, uitgesproken door prof. dr. W. G. Staal bij aanvaarding van het ambt van hoogleraar op het gebied van autismespectrumstoornissen: neurobiologie, neurocognitie en behandeling aan de universiteit Leiden, 4 mei 2018).

> Het is niet voldoende om alleen kenmerken te hebben van autisme, hetgeen bij waarschijnlijk zo'n 5% van de bevolking het geval is. Er moet sprake zijn van functiebeperking. Het inschatten van functiebeperking vereist echter een goed referentiekader, dat wil zeggen een academisch denkniveau en een groot aantal "vlieguren". Dit brengt mij tot het probleem van onder- en overdiagnostiek bij autisme. Wat betreft over-diagnostiek, of scherper gezegd het voorkomen van fout positieve diagnoses, geldt dat dit bij ieder ziektebeeld voorkomt. Het is echter voorstelbaar dat er bij ontwikkelingsstoornissen zoals autisme vaker sprake is van fout positiviteit. Systematisch onderzoek hiernaar ontbreekt. Een mogelijk probleem is, dat mensen die diagnoses stellen, vrijwel uitsluitend zijn opgeleid om afwijkingen te detecteren. Dit maakt het normaliseren, maar ook bekrachtigen van normaliteit in onze samenleving onvoldoende plaats vindt. Hierdoor bestaat er een groot risico dat bijvoorbeeld bij kinderen en jongeren die niet voldoen aan verwachtingen van de maatschappij of van hun ouders psychopathologisering ontstaat. Een medische positie, met een heldere operationalisering van het begrip dysfunctie is dan ook wenselijk. Het zou goed zijn als in de medische opleidingen en de verschillende psychologenopleidingen ruime aandacht komt voor de kunst van het normaliseren. (p. 5)

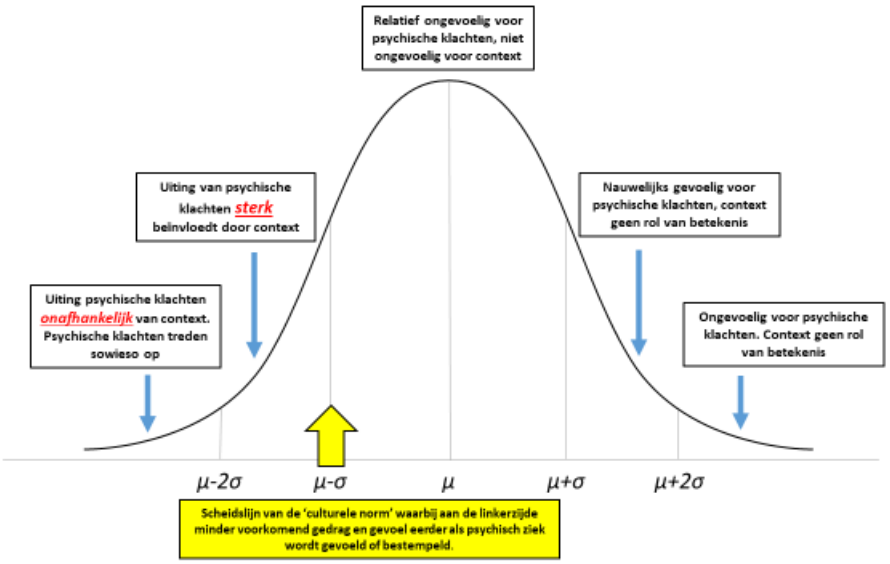
Samenvattend stelt Staal (2019):

> Het is redelijkerwijs aan te nemen dat psychische kwetsbaarheid per individu sterk kan verschillen en zich wellicht als een wiskundige normale verdeling presenteert, net als vele andere eigenschappen zoals lengte, intelligentie et cetera Het grootste deel van de populatie zal dus enige psychische kwetsbaarheid hebben, een veel kleiner deel een grotere kwetsbaarheid en een even klein deel een zeer beperkte kwetsbaarheid. Deze psychische kwetsbaarheid, in de literatuur vaak aangeduid met de term p-factor, zou zich volgens sommige onderzoekers uiten in drie dimensies: de internaliserende dimensie, waaronder angst en stemmingsklachten vallen; de externaliserende dimensie waarbij onder andere. Agressie en beperkte gewetensfunctie gezien worden en een psychotische dimensie, waaronder vormen van verwarring, starheid en gebrek aan realiteitstoetsing vallen. Hoe sterk de driedimensionale indeling is (wat is de overlap?) en wat de onderliggende neurobiologie is, blijft vooralsnog de vraag. (p. 4)[117]

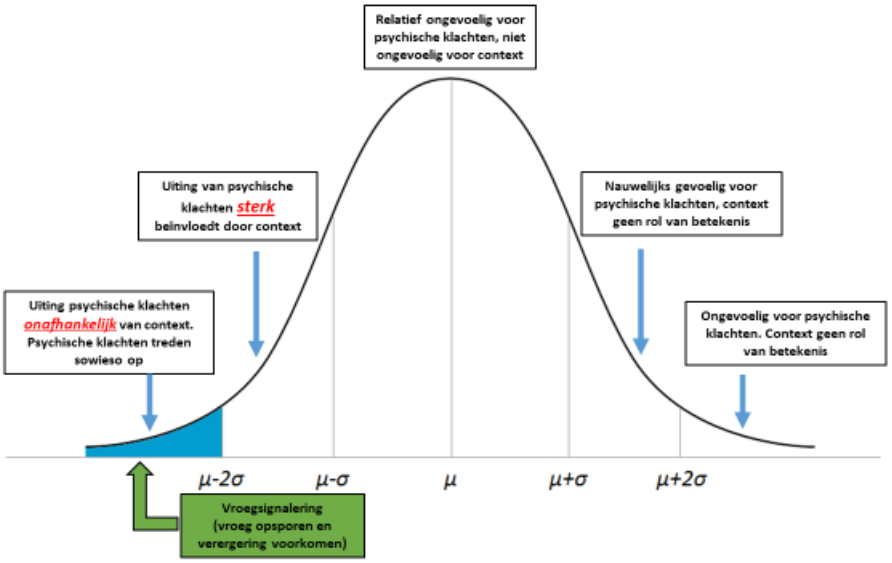
[117] Voor een toelichting op de p-factor zie bijvoorbeeld: Caspi, A. & Moffitt, T.E. (2018). All for One and One for All: Mental Disorders in One Dimension. *American Journal of Psychiatry* 175 (9), 831-844.

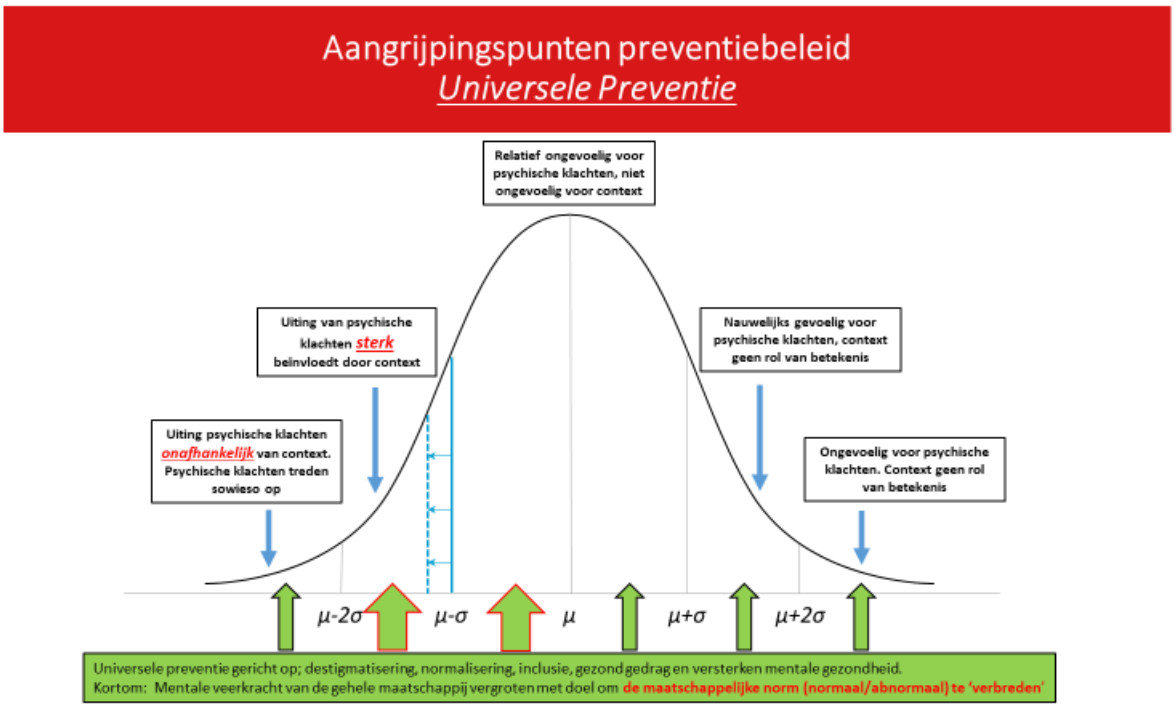
Normaal verdeling van psychische kwetsbaarheid in relatie tot context

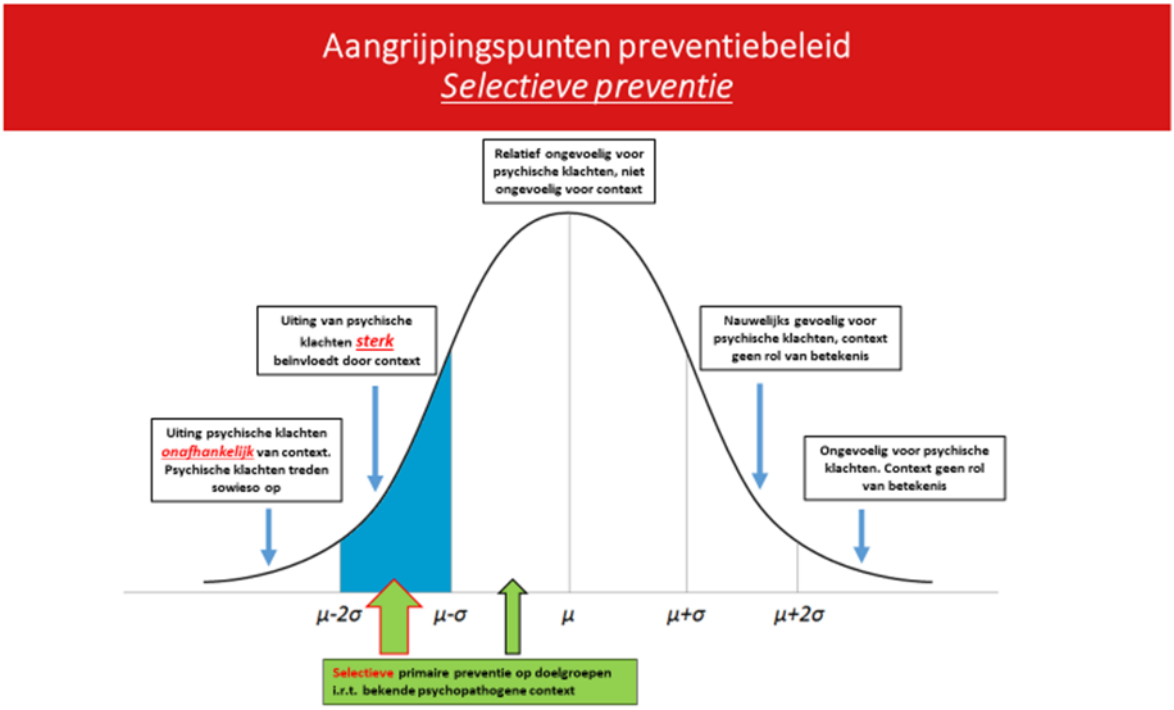
(met standaarddeviatie als ruwe grens voor cut off point)



Aangrijpingspunten preventiebeleid
Vroegsignalering







Bron: Programma Mentale Veerkracht Nijmegen, 2020.

Het onderwijs als werkplaats voor de gezondheidszorg

Het gezin is een uitermate belangrijke context met grote impact op psychische kwetsbaarheid van kinderen en jongeren. Het beïnvloeden van deze invloedssfeer kent zijn eigen mogelijkheden en uitdagingen. Een andere omgevingscontext die aanknopingspunten biedt voor preventie en hulpverlening en waar in principe alle jeugdigen verblijven, is het onderwijs. In veel landen staat de

school als omgeving centraal om te werken aan mentaal welbevinden van kinderen en jongeren.[118] In Nederland is deze invalshoek relatief minder geworteld en ontwikkeld. Hieronder noemen we een aantal redenen die in de literatuur worden aangevoerd om het belang van deze context aan te geven voor het werken aan mentaal welbevinden en psychische gezondheid van kinderen en jongeren.

1. Er is een relatie tussen schoolprestaties en mentaal welbevinden. Scholen zien het als hun eerste opdracht om de 'academische' ontwikkeling van kinderen en jongeren te bevorderen. Zij gaan naar school om te leren en zich te vormen. Psychische problemen van jeugdigen worden op veel scholen niet herkend (onderdiagnose) en niet toegeleid naar behandeling. De effecten hiervan zijn aanzienlijk, zo stellen Mills, Mulloy en Weist (2011): "This unmet needs results in schoolchildren with untreated depression, anxiety, eating disorders and disruptive behavior disorders, which can have a significant and detrimental impact on student's well-being, academic performance and school outcomes"(p. 224). De gezond verstand-bewering dat fysieke en mentale problemen een groot effect hebben op leren en presteren zal door niemand serieus in twijfel worden getrokken. Op grond van jarenlang onderzoek komen Howard Adelman en Linda Taylor[119] voor de Verenigde Staten tot een stevige conclusie: de aandacht voor mentale en fysieke gezondheid speelt nauwelijks een rol in praktijk en beleid om het onderwijs te verbeteren. De aandacht is hiervoor mondjesmaat en veelal gefragmenteerd. Er is volgens hen een fundamentele transformatie nodig om alle losse elementen samen te voegen tot een stevige bouwsteen die volledig wordt geïntegreerd in beleid en praktijk als onderdeel van onderwijsverbetering. Deze situatie geldt ook voor Nederland waar 'School Mental Health' niet of nauwelijks wortel heeft geschoten (Lawson & van Veen, 2017; van Veen, 1999 en 2012)[120]. Beleid op dit gebied is weinig uitgesproken, het bereik van beschikbare interventies is bovendien op dit moment nog beperkt[121], net als de inbedding van de jeugd-GGZ in het onderwijsbeleid (van Veen, 2013).

2. De school is in veel landen een publieke voorziening waar in principe alle kinderen en jongeren aan deelnemen. Als zodanig heeft deze publieke context dus honderd procent bereik en biedt het een goede basis om gezondheids- en ontwikkelingsrisico's vroeg en tijdig te signaleren[122] en passende preventie en hulpverlening in te zetten, ook al omdat jeugdigen daar een aantal jaren relatief veel tijd doorbrengen. Diverse auteurs wijzen op deze praktische voordelen om te kiezen voor de schoolsetting als aangrijpingspunt voor het aanbieden van interventies gericht op het vergroten van de mentale weerbaarheid[123] en het mentaal welbevinden[124]. Een buitengewoon groot voordeel is de

---

[118] Mills, C., Mulloy, M., Weist, M. (2011). Realizing the possibilities of school mental health across the public health continuum. In Cohen, N., & Galea, S. (Eds.). *Population Mental Health. Evidence, policy, and public health practice* (pp. 224-247). London and New York: Routledge.
[119] Adelman, H.S., & Taylor, L. (2014). Embedding School Health into School Improvement Policy. *International Journal of School Health*, 1(3):e24546.
[120] Lawson, H.A. & van Veen, D. (2017). *Developing community schools, community learning centers, extended-service, and multi-service schools: International exemplars for practice, policy, and research.* The Hague, NL: Springer International; Van Veen, D. (1999). Terugzien voor morgen: verkennende opmerkingen over samenwerking tussen de jeugdzorg en het onderwijs. In Bosdriesz, M. & van Veen, D. (red.). *Samenwerking Onderwijs & Jeugdzorg*. Utrecht: Uitgeverij SWP (pp. 9-41); Van Veen, D. (2012). Naar betere zorg en leerresultaten voor leerlingen: het onderwijs en samenwerking met jeugdzorg, welzijn en gezondheidszorg. In Klarus, R. (red.), *Wat is goed onderwijs? Capita selecta*. Den Haag: Boom/Lemma (pp. 303-324).
[121] Wat niet wil zeggen dat er geen initiatieven gaande zijn. Zie https://www.welbevindenopschool.nl/; https://www.trimbos.nl/actueel/blogs/blog/tijd-voor-schoollessen-over-omgaan-met-emoties, en http://www.gezondheidsfondsen.nl/leerlingen-leerkrachten-en-gezondheidsorganisaties-willen-meer-aandacht-voor-sociaal-emotionele-vaardigheden-in-het-onderwijs/.
[122] Mulloy, M.A., & Weist, M.D. (2013). Implementing a Public Mental Health Framework within Schools". In: *Public Mental Health*. Knifton, L. & Quinn, N.(eds). New York: McGraw-Hill.
[123] We zien mentale weerbaarheid als de cognitieve, emotionele en sociale vaardigheden die iemand in staat stellen een zinvol, lerend en productief leven te leiden en succesvol verschillende sociale rollen en functies te vervullen gedurende de verschillende stadia in zijn of haar levensloop.
[124] Kleinjan, M., Bolier, L., Onrust, S., & Monshouwer, K. (2016) *Mentale weerbaarheid en mentaal welbevinden in de schoolsetting*. Utrecht: Trimbos-instituut.

omstandigheid dat vanuit de school veel contact mogelijk is met de ouders c.q. verzorgers van de jeugdigen over de onderwijsprestaties en ontwikkeling van de leerlingen, waaronder het gesprek over belemmerende en bevorderende factoren. Partners van de school, waaronder de jeugdgezondheidszorg en de jeugd-GGZ hebben daardoor, in principe, een gemakkelijke introductie en natuurlijke entree.

3. De school kan mentaal welbevinden van kinderen en jongeren bevorderen maar ook verslechteren. Tal van zaken zijn hierop van invloed zoals bijvoorbeeld het schoolklimaat en het gedrag van leerkrachten en medescholieren (pesten). Voor scholen is dit geen vrijblijvende zaak, zij dienen actief beleid te voeren op het gebied van sociale veiligheid. Een school kan zelfs aansprakelijk worden gesteld voor schade die het gevolg is van pesterijen op school. In Nederland hebben enkele ouders de kosten van onder andere psychologische of psychiatrische hulp, reiskosten naar een andere school en bijlessen verhaald op de school. Op een school rust de plicht leerlingen een veilige omgeving te bieden, waarin het risico op zowel geestelijk als lichamelijk letsel – zo veel als redelijkerwijs mogelijk is – dient te worden vermeden.[125]

4. Het is ook in andere opzichten van belang te kijken naar de school als leer- en ontwikkelingscontext. We zien grote verschillen tussen scholen (en ook binnen één school) in het voorkomen van gedragsproblemen van leerlingen. Het lijkt gerechtvaardigd te stellen dat scholen gedragsproblemen ook kunnen veroorzaken of versterken en in stand houden. Lang niet alle scholen zijn herbergzame scholen, waarin oog is voor hindernissen en bedreigingen op het pad van leren en ontwikkeling, en waar leerlingen zonodig vroeg en tijdig hulp krijgen en begeleiding vanzelfsprekend is. Ook het inschakelen van hulp van buiten de school is geen vanzelfsprekendheid en soms zelfs problematisch. Zo ervaren veel leerlingen met chronische aandoeningen een weinig flexibele opstelling van scholen als zij onder school een zorgafspraak hebben. Nog pregnanter komen ontwikkelingsrisico's in beeld als gevolg van segregatie en stigmatisering bij zowel onnodige als goedbedoelde verwijzingen naar scholen die speciale onderwijszorg aanbieden met name vanwege gedragsproblematiek van jeugdigen, al dan niet in combinatie met verwijzingen naar hulpverlening. Gewezen wordt daarbij veelal naar de leerling (en zijn ouders) en helaas veel minder vaak naar de kwaliteit van de leer- en leefomgeving van de school en wat daarbinnen kan worden gedaan, bijvoorbeeld aan leerkrachtondersteuning, om ook voor deze leerlingen de kans op goede ontwikkelingsresultaten te vergroten.[126] Internationaal onderzoek laat ook zien dat jeugdigen het vaakst stress ervaren door school en minder door thuis of sociale media, dat stelt UNICEF op basis van een onlangs gepubliceerd rapport Geluk onder druk.[127] Waar het mentaal welbevinden van jongeren door de jaren heen relatief stabiel en het percentage jongeren dat verhoogd scoort op emotionele problemen gelijk blijft, is de ervaren druk door schoolwerk de afgelopen tien jaar behoorlijk gestegen en blijft deze tussen 2017 en 2019 hoog. Stress wordt door jongeren voornamelijk ervaren vanuit school en huiswerk en in interactie met leeftijdsgenoten, minder vanuit de thuissituatie of door sociale media. Bijna de helft van de 16-jarigen ervaart, we volgen nog steeds dit rapport, druk door schoolwerk. Daarnaast ervaren bijna één op de drie jongeren tussen de 12 en 16 jaar druk om aan hun eigen of andermans verwachtingen te voldoen (prestatiedruk). Leerlingen uit groep 7 en 8 van het basisonderwijs ondervinden de meeste stress van de mening van anderen, gevolgd door stress van huiswerk of school.

---

[125] www.schoolenveiligheid.nl/po-vo/kennisbank/pesten-en-aansprakelijkheid scholen-SSV/

[126] Staal (2019); Van Veen, D. (2012). Naar betere zorg en leerresultaten voor leerlingen: het onderwijs en samenwerking met jeugdzorg, welzijn en gezondheidszorg. In Klarus, R. (red.), *Wat is goed onderwijs? Capita selecta* (pp. 303-324). Den Haag: Boom/Lemma; Van Veen, D. (2020). *Intensieve samenwerking en integratie van speciaal en regulier onderwijs. Introductie bij een tiental praktijkvoorbeelden*. Utrecht: Steunpunt Passend Onderwijs en NCOJ (pp.9-17).

[127] Kleinjan, M., Pieper, I., Stevens, G., van de Klundert, N., Rombouts, M., Boer, M., & Lammers, J. (2020). *Geluk onder druk? Resultaten van onderzoek naar mentaal welbevinden van jongeren in Nederland*. Den Haag: Unicef.

5. En tot besluit is het in dit kader van belang op te merken dat ervaring en onderzoek tonen dat werken aan mentaal welbevinden voor alle kinderen en jongeren van belang is, niet alleen voor degenen met een verhoogd risico op psychische kwetsbaarheid en voor jeugdigen die al psychische problemen hebben. Hiervoor zijn enkele cijfers gepresenteerd die de omvang en urgentie van het vraagstuk demonstreren, we gaan deze hier niet herhalen. Een laatste bevinding om dit punt nogmaals kracht bij te zetten. In Nederland hebben gemiddeld vijf kinderen per schoolklas een ouder met psychische en/of verslavingsproblemen (KOPP/KOV-kinderen). Dat zijn jaarlijks 577.000 minderjarige kinderen.[128]

Samenvatting

Afrondend kan worden gesteld dat omvang en urgentie van psychische problemen en psychosociale problematiek aanzienlijk zijn. Omdat deze zich in driekwart van de gevallen aandient voor het 24e levensjaar, ligt investeren in mentale gezondheid en weerbaarheid van jongeren voor de hand. Het mentaal welbevinden van álle kinderen en jongeren moet daarbij vertrekpunt zijn, want psychische kwetsbaarheid is verdeeld over de bevolking via een normale verdeling: het overgrote deel van de kinderen/jongeren is gemiddeld psychisch kwetsbaar, een klein deel is extra kwetsbaar en een deel is nauwelijks kwetsbaar. Omdat alle kinderen en jongeren in principe naar school gaan, richten we ons vizier op het bevorderen van mentaal welbevinden van jeugdigen vanuit het onderwijs. We zien daarbij de school niet als vindplaats voor gespecialiseerde jeugdhulpverlening of jeugd-GGZ, maar als een werkplaats waar leerkrachten, kinderen, ouders en ook professionals uit andere aanpalende sectoren samen werken aan mentaal welbevinden van alle betrokkenen. Via de school kan de jeugd(-geestelijke) gezondheidszorg bovendien op een natuurlijke wijze met jeugdigen in contact komen en is ook de verbinding met de thuissituatie gemakkelijk te leggen. Het is vanuit de gezondheidszorg zaak om met het onderwijs samen aan de slag te gaan om een gezond leer- en leefklimaat op school te realiseren en mentale weerbaarheid van kinderen en jongeren op school te bevorderen, psychische problemen te voorkomen en waar nodig, vroegtijdig effectieve ondersteuning te bieden, dit alles ook om onnodige uitstroom van onderwijs naar speciaal onderwijs, (gespecialiseerde) jeugdhulp en jeugd-GGZ te voorkomen.

Onderwijs en (jeugd-geestelijke) gezondheidszorg: fundament en aansprekende voorbeelden

In onze zoektocht naar verbetering van de verbinding tussen onderwijs en jeugd-GGZ zijn we gericht op best-practices met een focus op de normaliserende functie van het onderwijs (goed voor alle kinderen) én tegelijkertijd gericht op goede vroegsignalering om kinderen en jongeren (met extra kwetsbaarheid) die jeugd-GGZ nodig hebben tijdig te onderkennen en effectieve hulp te activeren. De ambitie is én normaliseren én vroegsignaleren én ondersteunen. In deze zoektocht concentreren wij ons hier allereerst op de verbinding van onderwijs en (jeugd-geestelijke) gezondheidszorg. Het versterken van de basiszorg en basisvoorzieningen door vroeg en tijdig meer preventie en lichte ondersteuning in te zetten, is daarbij een belangrijk oogmerk, ook al om onnodige instroom in de (gespecialiseerde) jeugdzorg te verminderen.

Voorschoolse periode

Het ministerie van VWS is in 2018 het actieprogramma Kansrijke Start gestart omdat de eerste 1000 dagen cruciaal zijn voor de verdere ontwikkeling van een kind en ook van grote betekenis voor de mentale ontwikkeling. Ofschoon ons vizier is gericht op de relatie onderwijs en jeugd-GGZ sluiten we aan op dat programma …

1. … omdat bekend is dat kinderen van ouders met psychische problematiek een verhoogd risico hebben om zelf ook psychische problemen te ontwikkelen. Of dat komt vanwege genetische achtergrond of sociale of economische factoren is in dit verband niet relevant. Het is van belang

[128] Doesum, T. van, Gee, A. de, Bos, C., & Zanden, R. van den (2019). *KOPP/KOV: Een wetenschappelijke onderbouwing van de cijfers.* Utrecht: Trimbos-instituut.

dat naast de basiszorg (geboortezorg, huisartsenzorg, kraamzorg, jeugdgezondheidszorg) in elke regio voor risicovolle situaties adequate hulp wordt geboden:

- POP-poli: een expertisecentrum voor de behandeling van vrouwen met (het vermoeden op) ernstige psychiatrische problemen voor, tijdens of na de zwangerschap. POP staat voor de samenwerking tussen psychiatrie, obstetrie (verloskund*e*) en pediatrie (kindergeneeskunde). Op de POP-poli krijgt zij een gezamenlijk consult met onder meer de kinderarts, gynaecoloog en psychiater, en adviezen, bijvoorbeeld over (aangepast) gebruik van medicatie en vervolgbeleid. Nog niet ieder ziekenhuis heeft een POP-poli.
- VoorZorg[129] is een programma voor kwetsbare (jonge) zwangere vrouwen die weinig opleiding hebben genoten en te maken hebben met een stapeling van risicofactoren. Doel is om de zwangerschaps- en geboorte-uitkomsten voor moeder en kind te verbeteren, zware opvoedingsproblemen te voorkomen dan wel terug te dringen, de gezondheids- en ontwikkelkansen van het kind te verbeteren en de persoonlijke ontwikkeling van de moeder te versterken.
- Steungezinnen zijn er in diverse vormen (Home-start, buurtgezinnen, meeleefgezinnen), maar overeenkomst is dat de (aanstaande) ouders worden begeleid door ervaren ouders.
- Stevig Ouderschap[130] is een programma om kwetsbare ouders een steuntje in de rug te bieden (wordt nog niet in alle gemeenten aangeboden).

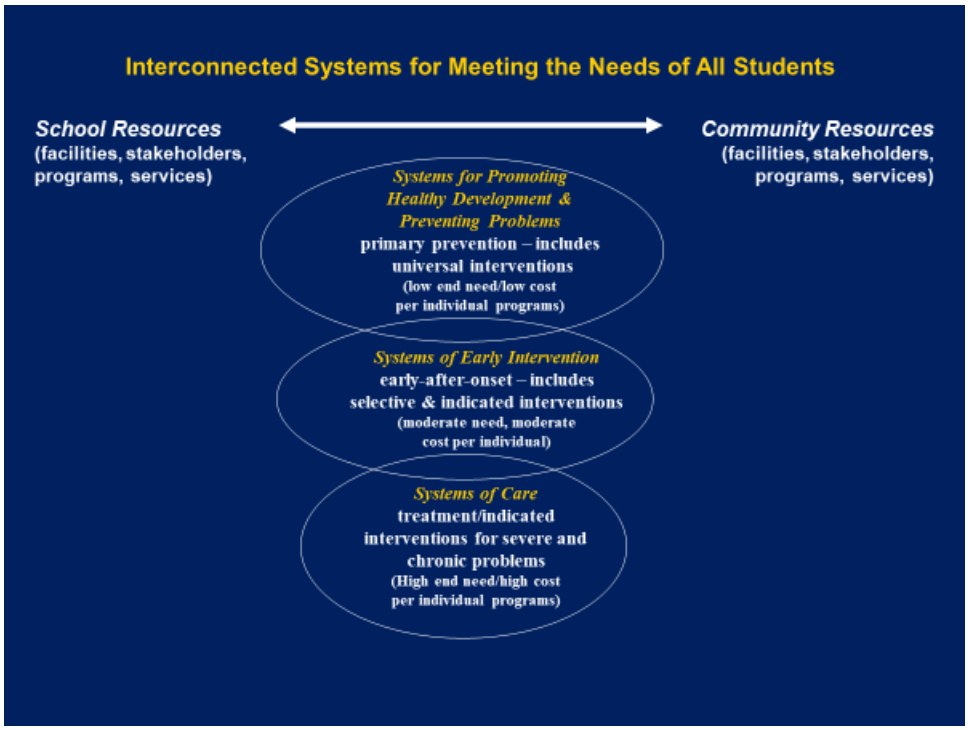
2. … omdat als vrouwen met zwangerschapsdepressie te laat de goede hulp krijgen dat ernstige gevolgen kan hebben voor de psychische ontwikkeling van het kind. Jaarlijks krijgt 13% van de pas bevallen vrouwen een postpartum depressie (PPD). Deze depressie verhoogt de kans op gezondheids- en psychosociale problemen bij zowel moeder (zoals schaamte, scheiding en eenzaamheid) als kind (zoals onveilige hechting, emotionele, cognitieve en gedragsproblemen). In elke regio moet een sluitende werkwijze zijn (o.a. door geboortezorg en jeugdgezondheidszorg) om vrouwen met verhoogd risico vroeg te signaleren en toe te leiden naar adequate hulp. Er zijn meerdere preventieve interventies beschikbaar.
3. … kinderopvang een belangrijk voorliggende voorziening voor het onderwijs is, met een focus op ontwikkelingsgerichte en educatieve activiteiten, ook gedurende de leerplichtige leeftijd. Ook voor de kinderopvang is het, in samenhang met het onderwijs, van belang aansluiting te hebben met de jeugd-GGZ. In toenemende mate worden vve/voorschool en kinderopvang/IKC geïntegreerd en afgestemd.
4. … omdat jeugdgezondheidszorg elk kind een aantal keren ziet in deze periode, van elk kind een dossier aanlegt en zo kan zorgen voor continuïteit vanuit voorschoolse periode in en tijdens de jaren dat een kind of jongere op school zit.

Onderwijs, mentaal welbevinden en gezondheidsinterventies: drie lagen

Praktijkexperts en wetenschappers (Mills, Mulloy & Weist, 2011; Mulloy & Weist, 2013; Adelman & Taylor, 2014; Lawson & van Veen, 2017) die wijzen op het belang van het onderwijs als het gaat om het bevorderen van mentaal welbevinden van kinderen en jongeren, adviseren een gelaagde aanpak:

- voorlichting gericht op *alle* leerlingen (universele preventie), plus
- signalering en vroegtijdige interventie gericht op ondersteuning en het voorkomen van de ontwikkeling van stoornissen bij groepen *leerlingen met verhoogde kwetsbaarheid*, plus
- behandelen van stoornissen bij *individuele leerlingen*.

[129] Gezondheidsraad (2018). *De ouder-kindrelatie en jeugdtrauma's*. Den Haag: Gezondheidsraad. De Gezondheidsraad adviseert dit programma in elke gemeente aan te bieden.
[130] Gezondheidsraad (2018). *De ouder-kindrelatie en jeugdtrauma's*. Den Haag: Gezondheidsraad. De Gezondheidsraad adviseert dit programma in elke gemeente aan te bieden.



Bron: Adelman & Taylor (2014) (Overgenomen met toestemming)

Deze public health-benadering wordt regelmatig toegepast bij de aanpak van fysieke ziekten. Vanwege de integrale aanpak met zowel preventie als behandeling[131] en de samenhang tussen fysieke en mentale aandoeningen kiezen auteurs die de school beschouwen als belangrijke omgeving om mentale weerbaarheid van kinderen en jongeren te bevorderen voor deze, wat zij noemen, public mental health-benadering.

Laag 1: Mentale vorming, gericht op álle kinderen

Welke vormen van universele preventie, uitgevoerd in de school-setting, individueel of in groepsverband, met als doel de mentale weerbaarheid en mentale gezondheid van kinderen en jongeren te vergroten zijn in Nederland beschikbaar én effectief? Op grond van een internationaal literatuuronderzoek hebben onderzoekers van het Trimbos-instituut een selectie gemaakt uit de 233 interventies die in de database van het Nederlands Jeugdinstituut (NJi) zijn opgenomen.[132] De genoemde interventies zijn te beschouwen als het beste wat op dit moment in Nederland beschikbaar is op gebied van onderwijsprogramma's die sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen bevorderen.

De erkenningscommissie die beslist over toelating van interventies tot de database, beoordeelt of de interventie in voldoende mate voldoet aan de criteria voor erkenning. Op grond daarvan wordt de interventie wel of niet erkend. De commissie kan een interventie erkennen op vier niveaus: 1. goed onderbouwd; Effectief volgens: 2. eerste aanwijzingen voor effectiviteit, 3. goede aanwijzingen voor effectiviteit, 4. sterke aanwijzingen voor effectiviteit. De interventies die hieronder geen niveau-

[131] Mills, C., Mulloy, M., Weist, M. (2011). Realizing the possibilities of school mental health across the public health continuum. In Cohen, N., & Galea, S. (Eds.). *Population Mental Health. Evidence, policy, and public health practice* (pp. 224-247). London and New York: Routledge; Mulloy, M.A., & Weist, M.D. (2013). Implementing a Public Mental Health Framework within Schools". In: *Public Mental Health*. Knifton, L. & Quinn, N.(eds). New York: McGraw-Hill.
[132] Lammers, J. (2016). *Bevorderen van het psychisch welbevinden op school: wat werkt?* Utrecht: Trimbos-instituut/Pharos.

aanduiding hebben gekregen zijn niet opgenomen of beoordeeld in de NJi-database, maar naar onze mening wel relevant voor ons aandachtsgebied in deze verkenning.

Primair onderwijs		
Kanjer-training	Is bedoeld voor kinderen en jongeren van 4 tot 16 jaar die problemen hebben in de omgang met anderen en voor hun klasgenoten en/of ouders. Het doel is het stimuleren van sociaal vaardig gedrag en het voorkomen of verminderen van sociale problemen zoals pesten, conflicten, uitsluiting en sociaal teruggetrokken gedrag. De training wordt schoolbreed ingezet in het onderwijs met wekelijkse klassikale lessen en wordt aan kinderen met hun ouders in groepen gegeven op psychologische praktijken.	4
Taakspel	ADHD, gedragsproblemen, klassenklimaat. Een universeel preventie-programma. Het bestaat uit een groepsgerichte aanpak voor leerlingen van groep 3 tot en met 8 van het basisonderwijs, waarbij leerlingen middels een spel leren zich beter aan klassenregels en regels op de speelplaats te houden. Doel is het verbeteren van taakgericht gedrag en het verminderen van regelovertredend gedrag bij de kinderen en het bevorderen van een positief onderwijsklimaat. Uiteindelijk doel is beginnend probleemgedrag in een vroeg stadium te verminderen en om te buigen in positief gedrag.	3
Programma Alternatieve Denkstrategieën (PAD)	Doel: stimuleren van de sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen. Doelgroep: kinderen van 4-12 jaar in het regulier en speciaal basisonderwijs.	4
De vreedzame school	De Vreedzame School is een programma voor sociale competentie en democratisch burgerschap. Het beschouwt de klas en de school als een leefgemeenschap.	2
Zippy's vrienden	Doel: het verbeteren van coping vaardigheden en het aanleren van sociale en emotionele vaardigheden. Het uiteindelijke doel is voorkomen dat kinderen (later) psychosociale en emotionele of stoornissen problemen ontwikkelen. Doelgroep: kinderen van 5 t/m 8 jaar.	1
	Niet door Lammers (2016) genoemd! Door ons wel hier opgenomen omdat ze worden beoordeeld op niveau 3, respectievelijk 2.	
Kiva	Een schoolbreed antipestprogramma dat de kracht van de groep gebruikt om pestproblemen op te lossen. Door gerichte training en begeleiding fungeren leerkrachten als daadkrachtig rolmodel voor leerlingen.	3
Prima	Gericht op het scheppen van een prosociaal en veilig en pestgedrag te signaleren en te stoppen. PRIMA pakt pesten aan op het niveau van de school, de groep en het individu.	2
Voortgezet onderwijs en MBO		
Kanjer-training	Zie boven. Kan ook gebruikt worden in voortgezet onderwijs.	4
Levensvaardig-heden	Doel: aanleren of versterken van sociale en emotionele vaardigheden, het verminderen van spanning in moeilijke situaties en het aanleren van een positieve manier van denken. Doelgroep: leerlingen van 14 t/m 17 jaar in alle typen van voortgezet onderwijs.	2

Happyles	Doel: het bevorderen van welbevinden en geluk ter voorkoming of vermindering van depressieklachten bij jongeren. Doelgroep: leerlingen van 13-25 jaar op het MBO en VMBO.	1
Leefstijl	Doel: opbouwend sociaal gedrag en positieve betrokkenheid van kinderen en jongeren thuis, op school, bij vrienden en in de gemeenschap te stimuleren. Doelgroep: basis-en voortgezet onderwijs in het regulier en speciaal basisonderwijs, in de onder- en bovenbouw van alle type voortgezet onderwijs.	1
Moti-4	De interventie is bedoeld voor alle jongeren (14-24 jaar) die beginnend problematisch bezig zijn met middelengebruik/ gokken of gamen. Ook jongeren die al verslaafd zijn komen in aanmerking voor Moti-4. Daarbij zijn deze jongeren (nog) niet gemotiveerd voor hulpverlening of is hun problematiek te licht voor hulpverlening (bij beginnend problematisch gedrag). Doel: het terugdringen van zich ontwikkelend (beginnend) problematisch middelengebruik/ gokgedrag/ gamegedrag. Aanpak: de interventie bestaat uit vier individuele bijeenkomsten van één uur gedurende een periode van één maand, uitgevoerd door een medewerker verslavingspreventie.	3
Lang leve de liefde Onderbouw	Doel: leerlingen (13-15 jaar) ondersteund in een prettige, gewenste, en veilige seksuele ontwikkeling. Doelgroep: Leerlingen, 13-15 jaar oud, in de tweede klas van het voortgezet onderwijs - praktijkonderwijs, vmbo, havo en vwo. Er is een versie voor de bovenbouw (15-19).	3 1
Op Volle Kracht	Preventieprogramma voor leerlingen in het voortgezet onderwijs dat gebaseerd is op de cognitieve gedragstherapie. Leerlingen krijgen handvatten aangereikt om met de kleinere en grotere uitdagingen in het leven om te gaan. Het doel is dat jongeren beter in hun vel zitten en veerkrachtiger worden, maar ook het voorkomen van psychosociale problemen zoals angst en depressie. Leerkrachten en hulpverleners kunnen een training volgen om het programma te kunnen uitvoeren.	
MIND Young Academy[133]	Een lesprogramma over psychische gezondheid voor vo-leerlingen en mbo-studenten gericht op het: • verbeteren van (vroegtijdige) herkenning van psychische klachten; • bespreekbaar maken van psychische klachten en problemen; • bijdragen aan kennis over en bewustwording van hulpmogelijkheden. Deelnemende klassen krijgen een programma aangeboden dat bestaat uit drie lessen die worden begeleid door peer educators. Dit zijn jonge ervaringsdeskundigen (tussen 18 en 27 jaar) die zelf of in hun omgeving ervaring hebben (gehad) met psychische problematiek.	

Laag 2: Signalering, aandacht voor kinderen en ouders die extra steun nodig hebben

De tweede laag omvat activiteiten gericht op tijdig signaleren van kinderen en jongeren die extra ondersteuning nodig hebben. Hoe kunnen leraren en andere medewerkers gezondheids- of leefstijlproblemen onder hun leerlingen in een vroegtijdig stadium herkennen? En hoe weten ze daar

[133] De Winter-Koçak, S., Klooster, E., & van Vugt, R. (2019). *MIND Young Academy. Evaluatieonderzoek*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

vervolgens op de juiste manier mee om te gaan en waar nodig passende hulpverlening te activeren? We beschrijven kort drie methoden.

- *Individuele waarneming van leerkrachten*

Leerkrachten in het primair onderwijs zien kinderen vijf dagen per week, en ook in het voortgezet onderwijs en mbo en so/vso is het contact zo frequent dat de individuele waarneming van leerkrachten de basis is van het signaleren. Door ervaring, opleiding en gesprekken met collega's (binnen de schoolinterne leerlingenzorg, het zorgteam of ZAT) en/of consult bij een expert kunnen leerkrachten aan deze expertise werken. Aan de bovengenoemde programma's voor het onderwijs zijn vaak trainingen gekoppeld die deze expertise versterken en verder ontwikkelen (zie ook hieronder).

- *Leerlingvolgsysteem*

Elke school moet een leerlingvolgsysteem hebben. Veel toegepaste leerlingvolgsystemen, met een focus op school- en leerprestaties en het volgen van de cognitieve ontwikkeling, zijn bijvoorbeeld ESIS en ParnasSys. Daarnaast bestaan applicaties/systemen die zich speciaal op de sociaal-emotionele ontwikkeling richten zoals ZIEN, het IEP, Viseon en Hart & Ziel.
Met Hart & Ziel sociaal-emotionele problemen op tijd worden gesignaleerd en kunnen kinderen passend begeleid en geholpen worden. Het wordt in Amsterdam structureel gebruikt door circa 60 basisscholen en 40 scholen gebruiken (delen van) het systeem incidenteel.

Hart & Ziel gebruikt voor de signalering instrumenten die door de jeugd-GGZ zijn gevalideerd. In Amsterdam gaat de jeugd-GGZ het signaleringswerk niet overdoen, maar sluit aan bij wat op school is gebeurd/geconstateerd. Door gevalideerde signaleringsinstrumenten (SDQ et cetera) die ook door gespecialiseerde jeugdhulpverlening en jeugd-GGZ worden gebruikt, wordt de kans vergroot dat er een juiste verwijzing zal plaatsvinden.

Na de beoordeling is het niet automatisch het kind dat wordt toegeleid naar een behandeling/interventie, maar wordt eerst de leerkracht gesteund met adviezen en een handelingsplan gericht op de totale groep/klas. Bij de beoordeling is het ook mogelijk dat er op klas- of schoolniveau iets gaat veranderen. Bij die beoordeling wordt de leerkracht geholpen. In Amsterdam door iemand van de GGD. Samen maken ze een handelingsplan voor de leerkracht.

Pas als dat niet helpt komt het individuele kind/gezin weer in beeld. Dit blijkt zinvolle stap en feedback in het systeem. Het risico bestaat anders dat kinderen die via het leerlingvolgsysteem in beeld komen te snel richting de (jeugd)zorg worden toegeleid. Je moet namelijk ook de vraag stellen: ligt de oorzaak van het gedrag van het kind niet in de klas of in de school zelf? Een leraar die veel drukke kinderen in de klas had, stelde zich de vraag: vorig jaar zaten die kinderen in de klas bij een collega en die hoorde ik er niet over. Waren ze toen niet druk? Of wilde deze leraar het niet melden? Of had deze leraar een aanpak die werkt? De werkwijze dat een leerkracht naar zijn/haar eigen rol en zijn/haar eigen gedrag kijkt, is in deze methode structureel opgenomen.

- *Contactmomenten jeugdgezondheidszorg*

Een derde manier om de sociaal-emotionele ontwikkeling van leerlingen te volgen is via de jeugdgezondheidszorg. Alle jeugdigen in Nederland hebben tot hun 18e verjaardag recht op jeugdgezondheidszorg (JGZ). Het doel van de JGZ is bijdragen aan een gezonde en veilige opgroeisituatie van jeugdigen, als individu en als groep. Daarom is het van belang om regelmatig de gezondheid van jeugdigen in kaart te brengen. De 42 JGZ-organisaties voeren de onderzoeken uit als onderdeel van het basispakket van wettelijke taken.[134] Het gezondheidsonderzoek wordt zowel in het

[134] Landelijk Professioneel Kader is op 7 september 2015 door staatssecretaris VWS aangeboden aan de Tweede Kamer. Te vinden op https://www.ncj.nl/themadossiers/uitvoeringskader/landelijk-professioneel-kader/

primair onderwijs, het speciaal onderwijs als het voortgezet (speciaal) onderwijs afgenomen op twee momenten. In het primair onderwijs als het kind vijf jaar is (groep 2) en als het kind 10 jaar is (groep 7). In het vo/vmbo in het 1e of 2e jaar en in het 3e of 4e jaar. In het (voortgezet) speciaal onderwijs wordt een aangepaste werkwijze gevolgd. Ofschoon in Nederland dezelfde professionele richtlijnen worden gebruikt, zijn er verschillen in de uitvoering. Dat wordt onder meer veroorzaakt door het budget dat een jeugdgezondheidsorganisatie krijgt van de betrokken gemeente(n).

Jij en Je Gezondheid (JEJG)[135] is een werkwijze die de jeugdgezondheidszorg (JGZ) gebruikt bij de gezondheidsonderzoeken. Met JEJG kan de jeugdgezondheidszorg (JGZ) jeugdigen met risicogedrag en (verhoogde kans op) sociaal-emotionele en sociaal-medische problemen actief opsporen, ondersteunen en zo nodig verwijzen naar effectieve (preventie)programma's.

Bij de inzet van JEJG vullen ouders (primair onderwijs) of jeugdigen (voortgezet onderwijs) voorafgaand aan het contactmoment met een JGZ-professional een digitale gezondheidsvragenlijst in. Deze bestaat uit valide en betrouwbare screeningslijsten gericht op meerdere onderwerpen zoals leefstijl, welbevinden, sociale veiligheid, relaties en leren. Na het invullen van de vragenlijst ontvangen zij op basis van hun antwoorden direct de uitslag met tips over de gezondheid en leefsituatie. Het invullen van de vragenlijst met een directe terugkoppeling geeft hun de mogelijkheid om zelf aan de slag te gaan. De jeugdarts of -verpleegkundige bekijkt eveneens de uitslagen van de vragenlijst en ziet door het stoplichtsysteem in één oogopslag wat goed gaat en wat aandacht verdient. Afhankelijk van de uitkomst worden de kinderen met of zonder ouders uitgenodigd voor een gesprek. Bij mishandeling of suïcidaliteit nog dezelfde dag. Naast de individuele profielen, levert JEJG schoolgezondheidsprofielen op basis van geanonimiseerde groepsgegevens. Dit biedt scholen richting bij planmatige gezondheidsbevordering met als doel gezonde leerlingen in een fysiek, sociaal en emotioneel gezond schoolklimaat.

De werkwijze van JEJG zorgt ervoor dat:
- Opvoeders (in het primair onderwijs) en in voortgezet onderwijs de jongeren, een betrouwbaar beeld krijgt over de fysieke, mentale en sociale gezondheid.
- Ouders en jeugdigen zelf aan de slag kunnen met uitslag en tips uit JEJG.
- De school een beeld krijgt hun leerlingen via een schoolgezondheidsprofiel. Uiteraard anoniem, en op klas-niveau.
- De jeugdarts of -verpleegkundige een betrouwbare triage kan maken. Bij het PGO 5 krijgen alle ouders een vragenlijst en bij alle kinderen wordt lengte en gewicht gemeten en een gehoor- en visustest uitgevoerd. Op basis van deze uitkomsten en eventuele zorgen vanuit de school of naar aanleiding van het JGZ-dossier wordt een deel van de kinderen en ouders uitgenodigd voor een consult. Dat kan een face-to-face consult zijn of een telefonisch consult. Bij het PGO 10 krijgen alle ouders een vragenlijst en worden alle kinderen en ouders uitgenodigd voor een face-to-face consult. In het VMBO ziet een jeugdverpleegkundige alle leerlingen voor een gezondheidsonderzoek. De uitkomst van de vragenlijst is input voor het gesprek. Bij mavo/havo/vwo wordt aan de hand van de uitkomst van de vragenlijst en informatie van de school een besluit genomen om de leerling wel of niet te zien.[136]
- Opvoeders/jongeren en JGZ samen kunnen bespreken of er meer steun nodig is.

Laag 3: behandeling van kinderen en jongeren die specialistische hulp nodig hebben
Het is van belang dat gespecialiseerd aanbod in de regio beschikbaar is, maar ook dat er goede afspraken zijn gemaakt over de toeleiding vanuit het onderwijs naar dit aanbod om te zorgen dat de

[135] www.jijenjegezondheid.nl/info
[136] De werkwijze die hier staat beschreven, geldt voor JGZ Amsterdam. Andere JGZ-organisaties kunnen deze op onderdelen anders inrichten.

juiste kinderen/gezinnen worden bereikt en de toeleiding goed is geregeld. Een niet onbelangrijk punt daarbij is ook de samenwerking met het onderwijs door de hulpverlening en het maken van afspraken daarover met alle betrokkenen Te denken valt onder meer aan de volgende interventies; de interventies die nog niet aangemeld/beoordeeld zijn voor de database hebben geen cijfervermelding gekregen.

	Interventies gericht op kinderen/jongeren die behandeling nodig hebben	
Agression Replacement Training (ART)	Een multimodale cognitieve gedragstherapeutische interventie die jongeren (12-23 jaar) op een andere manier leert te reageren dan met agressief gedrag in situaties waarin ze boos worden. Het gaat om een verbeterde zelfcontrole in situaties die boosheid oproepen, met pro sociaal gedrag in plaats van agressief gedrag. ART wordt in Nederland binnen verschillende settings toegepast, waaronder scholen, jeugdreclassering en jeugd-ggz.	3
Vrienden	Een preventie- en behandelprogramma voor kinderen en jongeren van 4-16 jaar met depressieve en/of angstklachten of met een angst- en/of stemmingsstoornis.	4
Praten met kinderen	Preventieprogramma, gericht op ouders van kinderen tussen 10 en 15 jaar met lichte externaliserende gedragsproblemen die lichte opvoedings-problemen ervaren. De interventie beoogt te voorkomen dat de gedragsproblemen van het kind uitgroeien tot ernstiger probleemgedrag.	3
Behavioral parent training	De groepstraining is gericht op ouders van kinderen van 4 tot 12 jaar met de diagnose ADHD die bijkomende gedragsproblemen vertonen. Hun ouders zijn de intermediaire doelgroep.	3
Stop Nu Ander Plan (SNAP)	Gericht op het verminderen van ernstig probleemgedrag van jongens tussen 6 en 12 jaar en het voorkomen van crimineel gedrag en recidive. Zowel gericht op de ouders als op de kinderen. Naast de groepstrainingen wordt, op basis van een risicotaxatie, aanvullende begeleiding geboden.	2
Kopp voor jongeren	Onderzoek toont aan dat KOPP/KVO-interventies effectief zijn en de kans op stoornissen met 40% doet afnemen (Siegenthaler, Munder & Egger, 2012).[137]	

Tot zover de toelichting op het drie lagen-model, voorzien van voorbeeldprogramma's en interventies, Andere ondersteuningsmogelijkheden zijn beschikbaar, de genoemde opsommingen zijn geenszins uitputtend. Via (de zorgstructuur van het) het onderwijs kunnen ook andere mogelijkheden voor ondersteuning worden geactiveerd. We richten de blik nu op een belangrijk programma in dit verband, de Gezonde School.

De gezonde school

Het 'drie lagen-model' dat sterk geworteld is in de (preventieve) gezondheidszorg met zijn aandacht voor activiteiten gericht op iedereen (universeel), bepaalde groepen (selectief) en geïndiceerde individuen (individueel/gespecialiseerd/maatwerk) heeft de afgelopen jaren veel navolging gekregen. Ook in het onderwijs vinden wij toepassingen die in Nederland zijn gebruikt bij de ontwikkeling van zorgteams en zorg- en adviesteams (ZAT's) in het onderwijs (van Veen et al., 2008)[138] en voor de ordening van de zorgstructuur c.q. het ondersteuningssysteem voor leren en onderwijzen (van Veen, 2013). In de School Mental Health-beweging zien we deze indeling vanaf 2010 frequenter gebruikt worden (zie ook de eerdergenoemde ordening van Adelman en Taylor) en meer recente benamingen in de onderwijscontext zoals Multi-Tiered System of Supports (MTSS).

[137] Siegenthaler, E., Munder, T. & Egger, M. (2012). Effect of preventive interventions in mentally ill parents on the mental health of the offspring: a systematic and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(1):8-17

[138] Van Veen, D. et al., (2008). *Kwaliteitskader en handreikingen voor Zorg- en Adviesteams*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut/Onderwijs & Jeugdzorg/LCOJ.

Het model leent zich voor ordening vanuit verschillende invalshoeken, bijvoorbeeld het plannen en indelen van initiatieven vanuit de zorgstructuur, het sociale veiligheidsbeleid, onderwijsprestaties en kansenbeleid of gezondheidsbeleid van een school. Moderne varianten wijzen op de verbindingen tussen deze invalshoeken en het belang om juist intersectoraal te kijken naar ontwikkelingsrisico's van opgroeiende jeugdigen en ondersteuningsmogelijkheden in diverse leer- en leefomgevingen.[139] Bij het inzetten van passende strategieën is het uitvoeren van samenhangende activiteiten van groot belang.

Deze insteek zie je terug in het Nederlandse programma De Gezonde School, waarin niet alleen aandacht is voor mentaal welbevinden in het curriculum, maar ook in het personeelsbeleid, de zorgstructuur in de school en de relaties met externe partijen. In het programma zijn relevante aspecten[140] samengevoegd tot vier pijlers:

- Educatie: de school besteedt in lessen structureel aandacht aan mentaal welbevinden. Zo zorgt de school ervoor dat leerlingen hun kennis vergroten, vaardigheden ontwikkelen en een positieve houding krijgen tegenover een gezonde leefstijl.
- Signaleren: leraren en andere medewerkers herkennen gezondheids- of leefstijlproblemen onder hun leerlingen in een vroegtijdig stadium. En ze weten hoe ze daar vervolgens op de juiste manier mee omgaan (zoals doorverwijzen naar passende hulpverlening).
- Omgeving: de school stimuleert gezond gedrag met aanpassingen in de fysieke omgeving (zoals de inrichting van het schoolplein of samenwerking met supermarkten in de wijk) en aandacht voor de sociale omgeving (zoals ouders en leraren).
- Beleid: de school legt maatregelen voor gezondheidsbevordering vast in het schoolbeleid. Zo blijft het onderwerp onder de aandacht. Voor de zorgstructuur zijn taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden toebedeeld aan functionarissen en overleggen.

En deze vier pijlers zijn relevant voor alle acht thema's waartussen scholen kunnen kiezen om aan de slag te gaan, zoals voeding, bewegen en sport, roken en alcohol, en voeding. Bijna 1.800 scholen vanuit diverse onderwijstypen – PO, VO, (V)SO en MBO – doen mee aan het programma en hebben één of meer thema's gekozen. Deelnemende scholen kunnen programmamaterialen gebruiken en kunnen ondersteuning krijgen van gezonde schooladviseurs (van de GGD) en soms ook subsidie.

Tip: De Gezonde School
Scholen die aan de slag willen met het bevorderen van mentale gezondheid adviseren we om zich aan te sluiten bij het programma De Gezonde School en te kiezen voor de module welbevinden.[141] Binnen het raamwerk van het programma is er veel ruimte om eigen keuzes te maken binnen de vier pijlers. Mills, Mulloy en Weist (2011) pleiten in hun publicaties voor deze modulaire aanpak, waarmee scholen de ruimte krijgen om bestaande effectieve onderdelen samen te voegen tot een bouwwerk dat past in de lokale situatie: "Many of the challenges identified by clinicians to implementing evidence-based practices, particular in the schools, cite the lack of flexibility in implementations. Therefore, identification of core practice elements eliminates many of the concerns about using efficacious, manualized programs by allowing for a modularized approach to intervention for common mental health disorders that increases flexibility in therapeutic practice and considers child

[139] Lawson, H.A. & van Veen, D. (2017). *Developing community schools, community learning centers, extended-service, and multi-service schools: International exemplars for practice, policy, and research.* The Hague, NL: Springer International.
[140] Zie ook: Faculty of Public Health & Mental Health Foundation (2016). *Better Mental Health for All: A Public Health Approach to Mental Health Improvement*. London: Faculty of Public Health and Mental Health Foundation.
[141] Zie ook www.welbevindenopschool.nl, onderdeel van Gezonde School. Hierop zijn ook diverse handleidingen te vinden.

characteristics and context. While this is a relatively new area, this approach holds significant promise"(p. 235).

Eerder in dit hoofdstuk hebben we bij de bespreking van laag 1 en laag 2 aandacht besteed aan educatie en signaleren, de eerste twee pijlers van een Gezonde School-aanpak gericht op mentale gezondheid en ondersteuning bij psychische problemen. In het vervolg van onze bespreking focussen we vanuit de school op de zorgstructuur en lokale en regionale samenwerking om de verbinding met je jeugd-GGZ te belichten en het belang van hun deelname en beschikbaarheid van specialistische zorg in de onderwijscontext. Daarbij komen ook elementen van de resterende twee pijlers van De Gezond School-benadering aan de orde (omgeving en beleid). Geïnteresseerde lezers verwijzen we naar de website van het programma.[142]

De zorgstructuur in het onderwijs

Leerkrachten in het onderwijs krijgen regelmatig te maken met leer-, gedrags-, ontwikkelings- en opvoedingsproblemen van kinderen en jongeren waar ze niet direct een antwoord op hebben of geen raad mee weten, ook niet met hulp van gespecialiseerde medewerkers van de school (waaronder interne begeleider/zorgcoördinator, remedial teacher, gedragsspecialisten, orthopedagoog of leerling-begeleiders) of via het inschakelen van het samenwerkingsverband van scholen in het primair en voortgezet onderwijs waarbij zij zijn aangesloten. 'Externe' instellingen op het gebied van speciaal onderwijs, welzijn, (geestelijke) gezondheidszorg, leerplicht, jeugdzorg en veiligheid komen daarmee in beeld. Tegelijkertijd wordt in toenemende mate een beroep gedaan op het onderwijs om bij te dragen aan onder meer achterstandenbestrijding en ontwikkelingsstimulering, het voorkomen van schooluitval, gezondheidsbevordering, vandalismebestrijding, criminaliteitspreventie, maatschappelijke participatie en integratie.

De onderwijspraktijk laat zien dat scholen verschillende posities in kunnen nemen als wij kijken naar de wijze waarop zij reageren op deze maatschappelijke vraagstukken en problemen en ondersteuningsbehoeften van leerlingen. Zo zijn er scholen die kiezen voor een relatief smalle opvatting van hun kerntaken en hun pedagogische en maatschappelijke functie, terwijl andere scholen vorm en inhoud geven aan een bredere taakopvatting. Mede afhankelijk van deze keuze werken scholen meer of minder actief samen met sociale hulpbronnen van buiten de school zoals educatieve en sociaal-culturele voorzieningen als ook maatschappelijk werk, gezondheidszorg, jeugdzorg en jeugdbescherming. Voor wat betreft de zorginstellingen kan deze samenwerking zich richten op goede verwijsrelaties, op het bieden van consultatiemogelijkheden en deskundigheidsbevordering voor leerkrachten, maar bijvoorbeeld ook op het verbeteren van de afstemming tussen de inzet van de school en externe hulpverlening voor leerlingen, op preventieve en curatieve activiteiten van hulpverleningsinstellingen in de school of op de integratie van de zorgverlening aan leerlingen, al dan niet binnen de muren van de school (Van Veen, 2006).[143]

Gegeven de schatting van het aantal kinderen en jongeren met psychische en psychosociale problemen, en gelet op het ervarings- en kennisbestand die de mogelijkheden van geïntegreerde dienstverlening aantoont om obstakels voor het leren weg te nemen en de leerprestaties en gezonde ontwikkeling van jeugdigen te verbeteren, is het verbazingwekkend te constateren dat tot voor kort structurele pogingen om de leerlingenzorg te verbinden met lokale en gespecialiseerde hulpverlening voor kinderen met psychosociale problemen en hun gezinnen niet in hoog aanzien stonden binnen het onderwijs en jeugd(zorg)beleid. Hoewel nieuwe initiatieven op het gebied risicogroepen, thuiszitters, verbinding met jeugdhulp en geïntegreerde dienstverlening bedoeld zijn om versnippering te voorkomen, wordt de

[142] www.gezondeschool.nl
[143] Van Veen, A.F.D. (2006). *Vernieuwing van het onderwijs en jeugdbeleid in grote steden.* Lectorale rede. Amsterdam: Hogeschool Inholland.

versnippering in veel gevallen juist vergroot omdat deze initiatieven die zich concentreren op het verbinden van (externe) zorg met de school de bestaande leerlinggerichte voorzieningen van scholen en leerlingbegeleiding negeren.
In Nederland is de ontwikkeling van zorgteams en zorg- en adviesteams, kortweg ZAT's, in een stroomversnelling gekomen in de periode 2000-2012.[144] Het is van groot belang gebleken effectieve mechanismen te realiseren waardoor hulpbronnen van de school op het gebied van ontwikkeling, leren en onderwijzen verbonden kunnen worden met preventieve en curatieve sociale hulpbronnen van buiten de school zoals maatschappelijk werk, gezondheidszorg, jeugdzorg en jeugdbescherming.

In deze benadering wordt afgerekend met het traditionele verwijzingsmodel en een eenzijdige focus op leerlingen en bewust gekozen voor ondersteuning ook van leerkrachten, afstemming, zorgcoördinatie en samenwerking op uitvoeringsniveau zonder daarbij afbreuk te doen aan de kerntaken van het onderwijs. Deze samenwerking verrijkt en ondersteunt juist het pedagogisch-didactisch handelen van leerkrachten. In de praktijk leidt deze benadering ook tot het gezamenlijk ontwerpen van (preventieve) programma's en effectieve multidisciplinaire zorg- en adviesteams waardoor problemen en ondersteuningsbehoeften van kinderen en jongeren tijdig worden gesignaleerd en wordt voorzien in passende hulpverlening. In het verlengde hiervan zien wij in Nederland de afgelopen twintig jaar zorg/onderwijsprogramma's tot stand komen die het mogelijk maken dat jeugdigen met (ernstige) gedrags- en ontwikkelingsproblemen met succes onderwijs kunnen volgen (Radema, Van Veen, Verheij, & Wouters, 2005). De behoefte aan deze programma's is nog steeds enorm en kreeg de laatste jaren tegen de achtergrond van de invoering van passend onderwijs in 2014 een nieuwe impuls.

Zorgteams en zorg- en adviesteams (ZAT's) in het onderwijs
Kiezen voor krachtige zorgstructuren in de frontlinie van opvoeding en onderwijs dwingt tot reductie en/of herschikking van de vele thematische, buurt-, wijk- en regionale netwerken die de afgelopen jaren tot ontwikkeling zijn gekomen en die resulteerden in een onoverzichtelijke infrastructuur die gekenmerkt wordt door tal van naast elkaar werkende instellingen en netwerken, inefficiënties, een afschuif- en verwijscultuur, en onvoldoende interventiekracht. De afgelopen 25 jaar zijn zorgteams en ZAT's in het primair en voortgezet onderwijs als ook het (voortgezet) speciaal onderwijs en het middelbaar beroepsonderwijs een centraal netwerk met casusoverleg geworden waarin het onderwijs met externe instellingen structureel samenwerkt. Een zorg- en adviesteam (ZAT) is een multidisciplinair team van professionals uit het (speciaal) onderwijs, het welzijnswerk, de jeugdhulp, de gezondheidszorg en de politie die structureel samenwerken om kinderen en jeugdigen met (vermoedens van) emotionele, gedrags-, ontwikkelings- en/of schoolleerproblemen en hun gezinnen en scholen te ondersteunen. Het ZAT is ingebed in de zorgstructuur van de school en sluit aan bij de leerlingenzorg van het onderwijs en de ondersteuning voor leerkrachten daarbij. De professionals in het ZAT beoordelen snel en vakkundig signalen van leerkrachten die wijzen op de behoefte aan extra zorg voor een leerling, dit in samenwerking met betrokken leerkracht(en), leerling en ouders/verzorgers. Het ZAT biedt zelf directe ondersteuning en/of activeert zo snel mogelijk de juiste hulp en ondersteuning voor de leerling, zijn ouders en leerkrachten en stemt deze hulp af op de geboden (speciale) onderwijszorg. De ZAT's richten zich tevens op vroegsignalering en de inzet van preventieve programma's in en om de school.

Op dit moment is de naamgeving van de teams op veel plaatsen veranderd met de vervanging van de term 'zorg' door 'ondersteuning'. Er wordt ook wel van MDT's (multidisciplinaire teams) gesproken. Ook veranderde in veel regio's de bezetting in de ZAT's en soms de positionering en functies van deze teams in de scholen en het samenwerkingsverband als gevolg van de decentralisatie van de jeugdzorg en het invoeren van wijkteams. Kwaliteitseisen die voor deze teams in de onderscheiden sectoren (PO, VO,

[144] Van Veen, D. (2012). Naar betere zorg en leerresultaten voor leerlingen: het onderwijs en samenwerking met jeugdzorg, welzijn en gezondheidszorg. In Klarus, R. (red.), *Wat is goed onderwijs? Capita selecta* (pp. 303-324). Den Haag: Boom/Lemma.

SO/VSO, MBO) al eerder werden ontworpen en uitgetest – qua onder meer functies, deelnemende functionarissen, kernactiviteiten, werkprocessen en instrumenten – zijn nooit formeel ingevoerd, maar desondanks nog steeds herkenbaar in de uitvoeringspraktijk.[145] Werkrelaties tussen enerzijds de zorgteams/ZAT's op scholen en anderzijds de wijkteams die vanuit de jeugdhulpverlening zijn ingericht na de decentralisatie van de jeugdhulp naar gemeenten, zijn op veel plekken inmiddels tot stand gekomen maar functioneren nog niet overal naar tevredenheid.

Het voert te ver om hier gedetailleerd in te gaan op hoe de zorgstructuur van het onderwijs in onderscheiden onderwijssectoren er op dit moment voorstaat in relatie tot het functioneren van de wijkteams en de samenwerking met de jeugdhulp. Een paar zaken moeten echter benadrukt worden voor onze verkenning en een goed begrip van de relatie tussen het onderwijs enerzijds en de jeugdgezondheidszorg en de jeugd-GGZ in het bijzonder anderzijds.

- Ook voor de invoering van passend onderwijs en de decentralisatie van de jeugdhulp naar gemeenten liet de directe inzet van de jeugd-GGZ in de zorgstructuur van het onderwijs aanzienlijke verschillen zien tussen de respectieve onderwijssectoren. Op schoolniveau in het primair en voortgezet onderwijs is die inzet overwegend afwezig voor de zorgteams (PO-scholen) en ZAT's (op VO-scholen), maar wel, zij het in beperkte mate, voor het bovenschools niveau van de samenwerkingsverbanden in zowel het primair als voortgezet onderwijs. Er zijn voor de jeugd-GGZ geen algemene bepalingen of wet- en regelgeving die duidelijkheid verschaffen over de inzet van functies en de omvang daarvan. Hetzelfde geldt voor de inzet van de jeugd-GGZ in het (voortgezet) speciaal onderwijs, zij het dat met name op de cluster 4-scholen er meer afspraken zijn met de jeugd-GGZ en samenwerking op uitvoeringsniveau. Voor alle onderwijssectoren geldt dat er ook aansprekende voorbeelden van samenwerking zijn en in sommige regio's beduidend meer inzet van de jeugd-GGZ duurzaam beschikbaar is en ook meer gevarieerde inzet als je naar aard van deze inzet kijkt. In het MBO is de samenwerking met de jeugd-GGZ relatief meer tot ontwikkeling gekomen, maar ook hier geldt dat structurele samenwerking niet overal is gerealiseerd en de verschillende tussen MBO-instellingen en regio's op dit punt aanzienlijk zijn: er is geen standaard ten aanzien van de aard en omvang van deze inzet.

- De deelname van instellingen die functionarissen leveren die deelnemen in de zorgstructuur in het onderwijs en die structureel of op afroep deelnemen aan zorgteams laten verschillen zien naar soort instelling, tussen de onderwijssectoren maar ook tussen regio's binnen een onderwijssector. De jeugdgezondheidszorg is een vaste, wettelijk verankerde partner van alle onderwijssectoren uitgezonderd het MBO. De jeugdgezondheidszorg (jeugdverpleegkundige of jeugdarts) is daarmee een structurele partner van de intern begeleider/zorgcoördinator op scholen voor PO, VO en (V)SO. Een andere functionaris die veelal deelneemt aan ondersteuningsteams is de schoolmaatschappelijk werker, dat geldt voor alle onderwijssectoren ondanks het feit dat deze deelname niet vastligt in wet- of regelgeving en de aanzienlijke verschillen van bekostiging van deze functionaris. De afgelopen jaren zijn in diverse regio's ook andere benamingen opgekomen voor functionarissen die vanuit de jeugdhulp aansluiten in de zorgstructuur van scholen en samenwerkingsverbanden. In veel gevallen gaat het om een medewerker van het wijkteam. Voor het MBO scoort ook de deelname van een functionaris van de verslavingszorg relatief hoog.

- Afspraken over deelname aan zorg- of ondersteuningsteams/ZAT's in het onderwijs en de aard en omvang van de dienstverlening in en om scholen van functionarissen uit de sectoren van onder meer welzijn, gezondheidszorg, jeugdhulp, leerplicht en veiligheid verloopt via het op

[145] Zie Van Veen, D. et al., (2008*). Kwaliteitskader en handreikingen voor Zorg- en Adviesteams*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut/Onderwijs & Jeugdzorg/LCOJ.

overeenstemming gerichte overleg (OOGO) van het bestuur van het samenwerkingsverband PO en VO en de betrokken gemeente(n). Voor het MBO is het maken van afspraken extra gecompliceerd vanwege het grote voedingsgebied en het aantal betrokken gemeenten, die uiteenlopende opvattingen kunnen hebben over nut, noodzaak, aard en omvang van de gewenste dienstverlening. Daarbij ervaren gemeenten vrij algemeen financieringsproblemen op het terrein van jeugdhulp en aanpalende werkterreinen.

M@zl: ziekteverzuim in PO, VO en MBO

Ziekteverzuim kan een signaal zijn dat er aan de kant van jeugdigen of zijn of haar gezin iets misgaat en kan onder meer wijzen op mentale problemen, belastende of bedreigende levensomstandigheden en behoefte aan ondersteuning. Dat moment kan de school benutten via deze methode van ziekteverzuimpreventie en daaraan gekoppelde ondersteuning. Al in 1995 werd in Amsterdam een vergelijkbare methode uitgetest op het Marcanti College door de GGD en later uitgebreid in het stedelijke project Bij de les blijven.[146] De werkwijze heet Medische Advisering Ziekgemelde Leerling, M@zl (spreek uit als 'mazzel'). Dit is de enige interventie in Nederland voor schoolverzuim die is opgenomen in de databank voor effectieve interventies.[147]

M@zl is momenteel geïmplementeerd in 170 gemeenten. Er is een werkwijze voor het PO, VO en een voor het MBO. Alles draait in de kern om de samenwerkingsrelaties met ouders en jeugdigen, het onderwijs, de jeugdgezondheidszorg en de leerplichtambtenaar. M@zl heeft een samenhang met de methodische aanpak schoolverzuim (MAS) van Ingrado, de vereniging voor leerplicht en RMC.[148]

Regio Doetinchem

De samenwerking van het Graafschap College in Doetinchem met de GGZ en de jeugdzorg in de regio. Het programma JongLeren helpt jongeren met psychische problemen om tijdens de behandeling te blijven leren en zo snel mogelijk de draad van het MBO weer helemaal op te pakken.

In dezelfde regio is intensieve samenwerking tussen onderwijsinstellingen, jeugdhulp/jeugd-GGZ, gemeenten, RMC en UWV gerealiseerd (regionale Actieplan 'Achterhoekse jongeren naar werk, school of zinvolle dagbesteding 2018-2020'). In de regio werken trajectbegeleiders in teams van maatschappelijk werkers, jeugdzorgwerkers, ambulant begeleiders en orthopedagogen. Zij bieden begeleiding aan studenten die vanwege problemen op allerlei gebieden overbelast dreigen te raken of al zijn, met soms uitval als resultaat.
Ook ondersteunen de trajectbegeleiders de MBO-docenten, zodat die beter toegerust zijn voor het omgaan met probleemgedrag van studenten. Voor jongeren die uitvallen op school vanwege psychische problemen en bij het RMC terechtkomen, hebben MBO en GGZ een programma ontwikkeld waarbij de GGZ-ondersteuning of behandeling op school aanbiedt. En jongeren met financiële problemen kunnen op school begeleiding krijgen van sociaal raadslieden. Zij bieden studenten op verschillende manieren ondersteuning, zowel financieel als in de vorm van een training.

Aansprekende voorbeelden zijn ook elders in het land ontwikkeld. We noemen bijvoorbeeld het Albeda College Rotterdam met het programma Klas als Werkplaats. Hier is inzet vanuit de jeugdhulpverlening in de klas gerealiseerd voor vragen die het onderwijs overstijgen, van gezondheidsproblemen en schulden tot verzuim en psychische klachten. Hieronder nog het voorbeeld van het MBO-jeugdteam in Amsterdam.

---

[146] Van Veen, D. (red.) (1998). *Aanval op schoolverzuim en schooluitval. Vernieuwingsprojecten in gemeenten en beleidsmatige ontwikkelingen*. Leuven/Apeldoorn: Garant.
[147] https://www.ncj.nl/mazl/
[148] Weghorst, M., Drost, N., & Hulsen, P. van (2020). *Richt je aandacht op aanwezigheid. Beter Begeleiden* LBBO (november 2020), 20-23.

MBO-Jeugdteam in Amsterdam

In MBO-instellingen nemen altijd *schoolmaatschappelijk werkers* deel aan het ondersteuningsteam en worden zij ingezet voor alle niveaus, leerwegen en opleidingen.[149] Waar in andere onderwijssectoren deze inzet (deels) gefinancierd wordt door gemeenten of betrokken schoolbesturen, neemt hier het ministerie van OCW de financiering grotendeels voor haar rekening.[150] Binnen het schoolmaatschappelijk werk worden drie taakgebieden onderscheiden: het bieden van hulpverlening aan de student, het ondersteunen van het opleidingsteam en de school door de inbreng van deskundigheid, en het toeleiden naar speciale en geïndiceerde zorg. Waar de JGZ niet standaard deelneemt aan het zorgteam in het MBO, heeft de gemeente Amsterdam aanvullende financiering aangeboden om een *jeugdarts of jeugdverpleegkundige* te laten deelnemen.

Op initiatief van de Amsterdamse MBO-colleges is in samenwerking met de gemeente in 2015 een speciaal MBO-jeugdteam opgericht. Vanuit dit team zijn, met de gezamenlijke middelen van gemeente en MBO, zowel maatschappelijk werkers/jeugdadviseurs, jeugdartsen (GGD) als jeugdpsychologen actief. Het team is zowel gericht op preventie als op tweedelijns begeleiding en behandeling. Het team biedt ondersteuning aan de studenten ongeacht hun woonplaats. Het team heeft een preventieve, signalerende, hulpverlenende en verwijzende taak gericht op ondersteuning op meerdere leefgebieden en voert ook zelf hulpverlenings- en begeleidingstrajecten uit. Ook ouders en andere sleutelfiguren uit de omgeving worden daarbij betrokken. Evaluaties laten zien dat het multidisciplinair zorgteam toegevoegde waarde heeft. Aanvullend op de expertise van onder meer de schoolmaatschappelijk werker kan een jeugdarts fysieke en mentale klachten interpreteren en duiden wat deze betekenen voor het schoolwerk van een student. Een van de jeugdartsen in het MBO-team: "Jongeren met mentale problemen kampen vaak met hoofdpijn, buikpijn en vermoeidheidsklachten. Dit heeft vanzelfsprekend effect op hun schoolvoortgang en prestaties. Jongeren gaan niet snel naar de huisarts en als ze wel gaan voelen ze zich vaak niet begrepen, want de huisarts heeft te weinig tijd om de dynamiek achter de klacht te ontdekken. Veelal raken studenten verstrikt in het medisch circuit op zoek naar lichamelijke oorzaken van de klachten. Voor docenten, die soms ook mentor en vertrouwenspersoon zijn van de student, is het een prettig gevoel dat zij studenten kunnen verwijzen naar het zorgteam van de school. Wanneer zij er vertrouwen in hebben dat een student in goede handen is en zij feedback ontvangen over bijvoorbeeld belastbaarheid, kunnen zij zich meer op hun eigen vak concentreren en dat is: lesgeven en begeleiden".

TIPS vanuit MBO-team Amsterdam

- Creëer plekken waar jongeren zonder afspraak kunnen praten met een maatschappelijk werker of jongerenwerker. Maak safe places waar jongeren zich prettig voelen.
- Onderzoek de financiële mogelijkheden voor safe places bij jeugd- en gezinsteams.
- Scholen hebben goud in huis: jongeren met ervaringsdeskundigheid. Maak gebruik van de kracht van de jongeren zelf. Zet hen in als ambassadeur of mentor. Zij kunnen positieve rolmodellen zijn.
- Maak mentale gezondheid onderdeel van de opleidingsplannen van studenten én docenten.
- Om mentale gezondheid te bevorderen, moeten scholen – het liefst al vanaf de basisschool – psychische problemen bespreekbaar maken.
- Maak duidelijk dat mentale gezondheid net zo belangrijk is als fysieke gezondheid!

Voor onze bespreking hier is het van belang te benadrukken dat de jeugdgezondheidszorg een solide partner is van het onderwijs met betrekking tot onder meer deelname in de zorgstructuur en leerling- en schoolgerichte activiteiten in PO, VO en (V)SO. De (jeugd-)GGZ is een belangrijke partner in het MBO en beduidend minder zichtbaar in de meeste andere onderwijssectoren. Voor de afspraken over inzet

[149] Kennis, R., Jager, A. Eimers, T. (2018). *Schoolmaatschappelijk werk in het MBO*. Nijmegen: KBA.

[150] Vanuit het ministerie van OCW wordt jaarlijks 15 miljoen euro beschikbaar gesteld voor de uitvoering van SMW. Dat is naar schatting ruim 70% van het totale budget dat in het mbo beschikbaar is voor SMW. De overige 30% komt uit andere bronnen, met name uit de eigen middelen van de instellingen (lumpsum) en uit gemeentelijke subsidies.

van (externe) functionarissen in de zorgstructuur van scholen en samenwerkingsverbanden geldt, uitgezonderd die over de inzet van de JGZ, dat deze kwetsbaar zijn en niet structureel verankerd, en aanzienlijke verschillen laten zien tussen scholen en samenwerkingsverbanden in diverse gemeenten/regio's en tussen onderwijssectoren. In het volgende hoofdstuk daarover meer.[151]

Lokale/regionale samenwerking

Scholen zijn als gezegd van groot belang voor het ondersteunen en begeleiden van de sociaal-emotionele ontwikkeling van kinderen en jongeren en kunnen daarbij terugvallen niet alleen op partners zoals de JGZ in het ondersteuningsteam (zorgteam/ZAT) van de school en/of het samenwerkingsverband, maar hebben ook in de bredere omgeving samenwerkingspartners. We lichten er drie actoren uit: huisartsen, wijkteams en toegang tot gespecialiseerde jeugdzorg.

- *Huisartsen*

Voor veel gezinnen is de huisarts ook het eerste aanspreekpunt bij psychosociale problemen of bij vragen over opvoeding.[152] Na de decentralisatie van de jeugdhulp van 2015 is de gemeente financieel verantwoordelijk geworden voor gespecialiseerde jeugdhulpverlening en is organisatie van de jeugdhulp drastisch veranderd. Dat heeft zijn weerslag op de huisartsenpraktijk. Met name de vaak lange wachttijden voor jeugdhulp leiden tot extra druk op de gezinnen en op de huisartsenpraktijken. In steeds meer regio's werken huisartsen en gemeenten met elkaar samen, zoals in pilots met een functionaris uit het wijkteam die spreekuur doet in de huisartsenpraktijk of een Praktijk Ondersteuner Huisartsenzorg voor de jeugd (POH jeugd), gefinancierd door de gemeente of de zorgverzekeraar. Ook zijn er regio's, zoals in Velthoven, waar een POH Jeugd GGZ is die vanuit het zorgprogramma Jeugd GGZ werkt. In dit zorgprogramma werken alle zorgverleners die nodig zijn onderling samen, waarbij de POH Jeugd GGZ het eerste aanspreekpunt is en die zelf kortdurende behandeling kan geven, samenwerkt met anderen in de (jeugd)zorg (kinderarts, kinderpsychiater, wijkteams, JGZ, scholen en verslavingszorg) en waar nodig binnen de jeugd-GGZ advies, aanvullende diagnostiek of behandeling kan activeren.

- *Sociale (wijk)teams*

Na de decentralisatie van de jeugdhulp zijn in veel gemeenten sociale (wijk)teams gecreëerd. De samenstelling van deze teams en hun rol is zo verschillend bij de 352 gemeenten dat het niet goed mogelijk is om uitsluitsel te geven over de samenwerking tussen het onderwijs en wijkteams en meer in het bijzonder op het gebied van psychische problemen van jeugdigen en de mentale weerbaarheid van kinderen en jongeren. We volgen de conclusie van een recent onderzoek van Movisie (2020)[153]:

> Sinds de oprichting van de sociale (wijk)teams is er veel veranderd. Zo zijn deze veranderingen, volgens de gemeenten zelf, vooral zichtbaar in de samenstelling van de teams, de aansturing en in de samenwerking met andere partijen. De oorspronkelijke ambitie van veel gemeenten was om vanuit de sociale (wijk)teams dichtbij, laagdrempelig (aansluiten bij de inwoners) en outreachend te werken. Maar tot nu toe komt uit iedere peiling dat de (wijk)teams onvoldoende toekomen aan preventief werken en vroegsignalering. Ook het doorontwikkelen van individueel aanbod naar collectieve voorzieningen wordt herhaaldelijk genoemd als taak waar onvoldoende tijd voor is. (p. 10)

Opvoedingsondersteuning en jeugdhulp moeten goed bereikbaar en snel beschikbaar zijn. De wijze waarop gemeenten dit aanpakken, loopt als gezegd sterk uiteen. De (sociale) wijkteams, buurtteams of wijknetwerken kunnen al dan niet een apart team voor jeugd hebben, met professionals uit

---

[151] Zie voor een uitgebreidere bespreking van de samenwerking tussen gemeenten, onderwijs en jeugdzorg en het OOGO: Van Veen, D., Huizenga, P. & van der Steenhoven, P. (2017). *Monitor Gemeenten en passend onderwijs 2017. Bestuurlijk overleg en de afstemming met jeugdhulp*. Amsterdam: Nederlands Centrum Onderwijs & Jeugdzorg. Dit is publicatie nr. 16 in de reeks Evaluatie Passend Onderwijs.

[152] Udo, N. (2019). *Samenwerking tussen huisarts en wijkteam*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

[153] Van Arum, S., Broekroelofs, R., & van Xanten, H. (2020). *Sociale (wijk)teams: vijf jaar later*. Utrecht: Movisie.

verschillende instellingen. Deze teams houden zich bezig met preventie en ondersteuning en bieden daarnaast vaak ook lichte hulp en toegang tot gespecialiseerde hulp. Er zijn ook gemeenten die het anders regelen en (onderdelen van) taken onderbrengen bij een bestaande instantie zoals het Centrum voor Jeugd en Gezin of een welzijnsorganisatie. Voor veel scholen en samenwerkingsverbanden schept het werken met wijkteams en de verschillen in vormgeving daarvan (takenpakket, werkwijzen en bezetting) nieuwe uitdagingen ten opzichte van de tijd daarvoor toen de focus van lokale instellingen was gericht op deelname in de zorgstructuur van het onderwijs.

MBO en wijkteams

De samenwerking tussen MBO-teams en gemeenten is in veel gevallen volop in ontwikkeling. Met de decentralisatie lag de focus aanvankelijk op het opzetten van de wijkteams, vervolgens werd de samenwerking gezocht met PO en VO, en daarna pas met het MBO. De gemeente-overstijgende populatie van MBO-scholen blijft hierbij een uitdaging. De MBO's willen al hun studenten, ongeacht woonplaats, ondersteuning kunnen bieden. Dat betekent samenwerking met een groot aantal verschillend georganiseerde gemeenten en wijkteams en onduidelijkheid over wie verantwoordelijk is voor wie en waarvoor precies. Het MBO heeft vaak beter zicht op hun jeugdigen dan wijkteams en speelt een belangrijke rol in signalering (Kennis et al., 2018). De samenwerking tussen MBO-instellingen en de wijk- en buurtteams is nog sterk in ontwikkeling.[154] In Utrecht is sinds 2013 een buurtteam MBO actief op een tweetal MBO-instellingen, met elk een eigen team. De teams bieden hulp aan jongeren en gezinnen vanuit de scholen en ondersteunen de scholen bij het versterken van de pedagogische basis. www.buurtteamsutrecht.nl/mbo/onderwerpen.

Basiszorg is lichte hulp die het wijkteam, het Centrum voor Jeugd en Gezin of de huisarts biedt aan kinderen en gezinnen. Basiszorg is dichtbij huis, zo kort en zo licht mogelijk. Basiszorg wordt ingezet als kinderen en gezinnen er zelf niet uitkomen. Als deze lichte hulp niet voldoende is om de situatie van het kind en/of het gezin te verbeteren, is er specialistische jeugdhulp nodig. De Gezondheidsraad[155] adviseert om twintig preventieve activiteiten in elke gemeente aan te bieden aan opvoeders/gezinnen met een verhoogd risico/kwetsbaarheid. Binnen de functie Opvoedondersteuning is het aan gemeenten om een zodanige selectie te maken dat sprake is van een dekkend aanbod. Een deel van die interventies is onderdeel van voorschoolse periode (zie eerder). Hieronder de vormen van opvoedondersteuning die ingezet kunnen worden in periode van primair en voortgezet onderwijs.

Opvoedingsondersteuning geadviseerd door gezondheidsraad		
VIPP-SD	0-6 jaar. Kinderen met gedragsproblemen (gezin)	4
Triple p 4 + 5	2-16 jaar.	2
Parent Child Interaction Therapy	Geprotocolleerd behandelprogramma voor kinderen van 2-7 jaar met gedrags-problemen en hun ouders.	2
Kortdurende Video-Hometraining (K-VHT)	Preventieve methodiek die wordt ingezet bij ouders met kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar, die spanning ervaren in de opvoeding.	1
KopOpouders Online	Een anonieme onlinegroepscursus en een individuele online zelfhulp-interventie voor opvoedingsondersteuning aan ouders met psychische of verslavingsproblemen.	1

[154] Kennis, R., Jager, A., & Eimers, T. (2018). *Schoolmaatschappelijk werk in het MBO*. Nijmegen: KBA.
[155] Gezondheidsraad.(2018). *De ouder-kindrelatie en jeugdtrauma's.* Den Haag: Gezondheidsraad.

Ook zijn er (individuele) trainingen die op school kunnen worden aangeboden. Te denken valt aan Alles kiddzzz, een interventie voor kinderen van 9-12 jaar met gedragsproblemen die worden aangemeld vanuit het (regulier) basisonderwijs. Een getrainde professional voert de interventie uit (11 sessies) en betrekt in drie sessies ook de ouders en leerkracht.[156]

- *Toegang tot specialistische jeugdhulpverlening.*

In de Jeugdwet is het regelen van die toegang tot gespecialiseerde jeugdhulp neergelegd bij gemeenten. In de Memorie van Toelichting[157] hebben in het belang van een goede en doelmatige hulpverlening de huisarts, de medisch specialist en de jeugdarts de bevoegdheid om jeugdigen door te verwijzen naar de jeugd-GGZ. Maar in de praktijk zijn er in veel gemeenten, regio's specifieke afspraken over de toegang gemaakt. Veelal spelen daarin de wijkteams een rol. Ook kunnen er binnen de door de gemeente vastgestelde wekwijze die leidt tot een besluit om al of niet specialistische jeugdhulp in te zetten, afspraken gemaakt zijn over de rol daarin van ondersteuningsteam/zorgteams/ZAT's in het onderwijs. Soms is het zelfs mogelijk om beschikkingsvrije gespecialiseerde zorg in te zetten vanuit de zorgstructuur in het onderwijs. Wanneer jeugdigen en gezinnen hulp of ondersteuning ontvangen, is het belangrijk dat deze hulp doorloopt zonder onderbreking. Als er iets misgaat in de jeugdhulp, is dat namelijk vaak terug te voeren op bijvoorbeeld een lange wachtlijst, wisseling van hulpverlener of onzorgvuldige overdracht. Als professionals in de basiszorg en specialistische zorg goede samenwerkingsafspraken maken, kan het aantal overgangsmomenten worden verkleind.

Specialistische ondersteuning in de basiszorg voor jeugd

Sinds de inwerkingtreding van de nieuwe Jeugdwet (2015) zijn verschillende lokale initiatieven ontstaan. In de gemeente Renkum werd een Gedragswetenschapper Jeugd (GWJ)[158] ingezet in de basiszorg vanwege de aanvullende expertise ten opzichte van jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen. Dit met het doel problemen tijdig op te lossen, (onnodige) doorverwijzing te reduceren en de drempel naar de jeugd-GGZ te verlagen. Voordeel voor de andere professionals: ondersteuning bij de poortwachtersrol en de mogelijkheid om tijdig door te verwijzen naar de meest passende instantie.

De Gedragswetenschapper jeugd is een laagdrempelige voorziening. Ouders en jeugdigen kunnen door de huisarts, jeugdarts of het wijkteam naar de Gedragswetenschapper jeugd worden verwezen, maar het staat de ouders en jeugdigen ook vrij om deze zelf te benaderen. Dit is belangrijk in kader van preventie en de mogelijkheid van deze professional om snel te reageren en te handelen en verergering van de problemen te voorkomen. De gemeente Renkum heeft na evaluatie besloten om de inzet van de GWJ op dezelfde manier voort te zetten.

Tot besluit

Samengevat kan worden gesteld dat in de praktijk de aansluiting van de specialistische zorg op de basiszorg en de toegang tot zowel vrij toegankelijke als specialistische zorg in gemeenten zeer verschillend zijn vormgegeven; samenwerkingsafspraken met partijen laten grote verschillen tussen gemeenten en regio's zien. Vanuit het perspectief van (lokale) overheden zou bij het zoeken naar een oplossingsrichting voor versterking van de mentale weerbaarheid van kinderen en jongeren en de ondersteuning bij psychische problemen de aandacht gericht moeten zijn op verschillende punten:

- *het algemene publiek*

In het Meerjarenprogramma Depressiepreventie wordt een campagne gericht op het publiek gezien als onderdeel van de totale ketenaanpak. Daarom is in september 2016 een publiekscampagne depressie

[156] Stoltz, S., van Londen, M., ten Brinke, L., & Deković, M. (2018). Alles Kidzzz in de dagelijkse praktijk: Implementatie van een Evidence-Based Interventie. *Kind en Adolescent*, 39, 41-57.
[157] *Kamerstukken II* 2012/13, 33684, 3 (MvT).
[158] Raaijmakers, F., & Klein Velderman, M. (2020). Specialistische ondersteuning in de basiszorg voor jeugd. *Tijdschrift Gezondheidswetenschappen* (19 augustus 2020).

gelanceerd. Doel hiervan is het taboe doorbreken rondom depressie.[159] Het lijkt nodig te zijn om deze aandacht te verbreden naar psychische problematiek, en vooral ook de rol van 'het publiek' te benadrukken (inzicht in beleving en effecten van reacties, van druk op kinderen en onterechte verwachtingen tot zaken als exclusie en stigmatisering). Een aansprekend voorbeeld is Thrive Amsterdam Mentaal Gezond[160]. Op dit gebied liggen taken voor het ministerie van VWS, Mind en zorgaanbieders.

- *de schoolsetting*

Hierboven is herhaaldelijk gewezen op het belang voor de jeugdigen (én de school) en de mogelijkheden van de school om aandacht te besteden aan mentale weerbaarheid van leerlingen en oog te hebben voor psychische problemen van jeugdigen. De jeugdgezondheidszorg kan daarbij een belangrijke (stimulerende en aanvullende) rol vervullen vanuit hun wettelijke taken en vanuit hun structurele contact met de scholen en deelname aan de zorgstructuur. Speciale aandacht moet daarbij uitgaan naar de verbinding 'zorgstructuur onderwijs – jeugdgezondheidszorg – jeugd-GGZ'. Het programma De Gezonde School kan in het verlengde hiervan van betekenis zijn. Inbedding van dit programma of onderdelen daarvan in de 'pedagogiek', het curriculum en zorgstructuur van scholen is geboden om te voorkomen dat het als een (minder belangrijk) 'project' gezien wordt. Op dit gebied liggen taken voor gemeenten, schoolbesturen en de ministeries van OCW en VWS.

- *directe toegang van kinderen/jongeren tot ondersteuning, waaronder E-Health.*

Voor jongeren vanaf circa 12 jaar zijn er enkele betrouwbare digitale mogelijkheden om aan informatie te komen over mentaal welbevinden, in contact te komen met hulpverleners of leeftijdsgenoten of een cursus te volgen. Leerkrachten, mentoren en hulpverleners kunnen jongeren en opvoeders op deze websites wijzen.

	Websites voor jongeren voor informatie of hulp op gebied mentaal welbevinden
www.jouwggd.nl	Jongeren kunnen antwoord vinden op vragen over hun lichaam, gevoel of dingen waar ze thuis liever niet over praten. Zij kunnen er anoniem chatten en mailen met zorgprofessionals van de jeugdgezondheidszorg
www.checkitonline.nl.	Dit is een online scholen-portaal waarvoor scholen zich kunnen opgeven. Hun studenten kunnen er dan antwoord vinden op vragen over onder andere studieloopbaan, psychosociaal welbevinden en leefstijl.
www,mindyoung.nl/,	MIND Young is het platform over je MIND voor en door jongeren. MIND Young biedt info, herkenbare verhalen, nieuws, tips en events over alles wat met je MIND te maken heeft.
www.moocpsy.umcg.nl	Gratis online cursus. Jongeren leren op een toegankelijke wijze veelvoorkomende psychische problemen herkennen. Ook leren ze wat ze kunnen doen als ze er last van hebben. Hij is geschikt voor zelfstandig gebruik door jongeren vanaf circa veertien jaar.
www.gripopjedip.nl	Is gericht op jongeren van 16 t/m 25 jaar. Jongeren vinden er tips en informatie over dips en depressies. Ze kunnen ook mailen met een dipdeskundige, anoniem in contact komen met jongeren die ook een dip hebben, of een cursus volgen.

[159] Zie www.omgaanmetdepressie.nl

[160] Thrive Amsterdam Mentaal Gezond is onderdeel van het International Initiative for Mental Health and Leadership (IMHL). Amsterdam is de eerste Nederlandse stad die aansluit. Via Thrive International leren vergelijkbare grote steden wereldwijd van elkaar. Aansprekend voorbeeld is de scholenaanpak in New York.

www.jongerenhulponline.nl	Hoe groot of klein het probleem ook is, waar je als jongere ook mee zit of om alleen maar even je hart te luchten: op deze site vinden jongeren het gebundelde aanbod van zes (bekende) hulplijnen die snel, anoniem en gratis hulp bieden.
https://www.mentaalvitaal.nl	Website van Trimbos-instituut met informatie over mentale gezondheid, en een betrouwbare test.
Kopstoring	Een preventieve onlinegroepscursus voor jongeren met een ouder die psychische of verslavingsproblemen heeft, om te voorkomen dat zij zelf ernstige problemen ontwikkelen.

Behalve de mogelijkheden voor jeugdigen om digitaal in contact te komen met hulpbronnen zijn er de afgelopen jaren diverse mogelijkheden gerealiseerd voor kinderen en jongeren om laagdrempelig in contact te komen met professionals en/of vrijwilligers in het geval van zorgen of vragen om ondersteuning. Dit kan zowel op de locatie van scholen zijn gerealiseerd door medewerkers van de school dan wel (jeugd)hulpverleners die met de school samenwerken – we zien dit bij verschillende MBO-instellingen – maar ook buiten de school. Een voorbeeld van dat laatste is het eerdergenoemde @Ease waar jongeren tussen de 12 en 25 jaar anoniem, met of zonder afspraak, vrijblijvend en gratis kunnen binnenlopen. Er staat een getraind team klaar van enthousiaste jonge vrijwilligers en professionals die goed kunnen inspelen op de zorgen die jongeren hebben en – als het nodig is – iemand (snel) kunnen helpen de juiste zorg buiten @Ease te vinden. Op dit moment zijn er locaties in Amsterdam, Rotterdam, Maastricht en Heerlen. Stichting @Ease is de Nederlandse variant van het succesvolle Australische initiatief Headspace.

- *toegang tot en beschikbaarheid van hulp*

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de toegang tot (gespecialiseerde) hulp als ook het aanbod van vrij toegankelijke en niet-vrij toegankelijke jeugdhulp. Daarbij is een onderscheid van belang tussen[161]:

- hulp waar opvoeders en jeugdigen wettelijk recht op hebben, zoals huisartsenzorg en jeugdgezondheidszorg. De financiers (zorgverzekeraars respectievelijk gemeenten) bepalen waar de dienstverlening uit bestaat op basis van (landelijke) standaarden. De gemeente kan bevorderen dat burgers gebruik maken van de voorzieningen waar ze recht op hebben.
- hulp waar opvoeders en jeugdigen weliswaar wettelijk geen recht op hebben, maar die door gemeenten vrij toegankelijk, zonder drempels wordt aangeboden. Gemeenten bepalen als financier, veelal na inspraak of (bestuurlijk) overleg, aard en volume van de hulp/ondersteuning.
- hulp waar opvoeders en jeugdigen op verwijzing van huisarts, jeugdarts en hulpverleners in het wijkteam of zorgteam/ZAT gebruik van kunnen maken. Zie bijvoorbeeld opvoedhulp of de preventieve interventies die door de Gezondheidsraad worden aanbevolen om in elke gemeente beschikbaar te hebben. De betreffende hulpverleners doen de verwijzing op basis van vakmatige criteria. Gemeenten bepalen als financier, veelal na inspraak of (bestuurlijk) overleg, aard en volume van de hulp/ondersteuning. Gemeente kunnen, binnen wettelijke kaders, aanwijzen welke hulpverleners mogen verwijzen.
- hulp waar opvoeders en jeugdigen op beslissing/indicatie/beschikking van de gemeente gebruik van kunnen/mogen maken. In deze gevallen zullen het hulpverleners zijn die advies geven, maar is het uiteindelijk de gemeente die op individueel niveau beslist of opvoeders en jeugdigen gebruik mogen maken van de voorziening. Uiteraard kunnen mensen ook zelf hulpverlening bekostigen.

Gezien de financiële tekorten bij gemeenten is de druk op gemeenten groot om eerder meer dan minder voorzieningen achter drempels te zetten. Het is zeer de vraag of dit een verstandige koers is als we het welbevinden van burgers meewegen en de maatschappelijke kosten, ook op langere termijn. Zo

[161] Deze opsomming kan nog worden aangevuld met hulpverlening in het 'gedwongen' kader.

adviseert de Gezondheidsraad[162] om de preventieve voorzieningen die in het advies zijn opgenomen alleen aan te bieden aan mensen met opvoedingsproblemen, maar vraagt ook aandacht voor gezinnen die zelf behoefte hebben aan lichte vormen van hulp op het gebied van de ouder-kindrelatie. Deze groep zou *"laagdrempelig toegang moeten krijgen tot interventies die in een brede populatie effectief bevonden zijn om ouderlijke sensitiviteit en gehechtheid te verbeteren. Naast de voordelen hiervan voor ouders en kinderen zou dit ook kunnen bijdragen aan een klimaat waarin het normaal is dat ouders hulp vragen of hulp aangeboden krijgen als zij problemen ervaren in de relatie met hun kind". (*p. 38).

Kinderartsen en kinder- en jeugdpsychiaters geven in brief van 7 juni 2019 twee oplossingsrichtingen die kunnen worden beschouwd als uitgangspunten voor de lokale samenwerking:

- Kom tot een snelle medisch-specialistische route voor de groep jeugdigen met psychische problematiek die gebaat is bij specialistische jeugdhulp en curatieve behandeling van medisch specialisten. Er is een relatief kleine groep jeugdigen die snel specialistische hulp nodig heeft en waar substitutie door andere zorg niet aan de orde is. Het betreft de groep die nu valt tussen 'lichte zorg en/of preventie' en 'acute zorg'. Deze groep is breder dan de groep van kinderen en jongeren met suïcideproblematiek en eetstoornissen. Het gaat bijvoorbeeld ook om:
  - Jeugdigen met een angststoornis, autisme, adhd of een psychose. Deze jeugdigen raken ernstiger in de problemen doordat ze te laat specialistische hulp krijgen. Zo is er een specifieke groep kinderen met adhd die door het veranderde stelsel tussen wal en schip valt en niet meer bij gespecialiseerde kinderartsen terecht kan.
  - KOPP/KVO-kinderen hebben een verhoogd risico om zelf ook psychische problematiek te ontwikkelen. Het zou de moeite waard zijn een gerichte aanpak te ontwikkelen om hen te bereiken.
  - Kinderen met traumatische ervaringen hebben verhoogd risico om psychische problematiek te ontwikkelen. Het is niet zinvol om alle kinderen hierop te screenen, maar wel kinderen en jongeren bij wie het risico groter is, bijvoorbeeld jeugdigen in de jeugdhulp.

  Omdat jeugdgezondheidszorg alle kinderen in hun ontwikkeling volgt, zou door de JGZ, huisartsen en kinder- en jeugdpsychiatrie een snelle medisch-specialistische route uitgevoerd kunnen worden voor de groep jeugdigen met psychische problematiek die gebaat is bij specialistische jeugdhulp en curatieve behandeling van medisch specialisten.

KOPP/KVO

Nederland telt jaarlijks meer dan een half miljoen minderjarige kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP) en kinderen van verslaafde ouders (KVO) die een aanmerkelijk verhoogd risico lopen om zelf een psychische stoornis of verslaving te ontwikkelen. Onderzoek van het Trimbos-instituut[163] laat zien dat ondanks een op hoofdlijnen duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling tussen zorgaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars, de verantwoordelijkheden niet goed worden opgepakt.

Zo was in 2016 binnen de zorgketen niet duidelijk wie signaleert, wie doorverwijst en wie preventie, zorg en ondersteuning biedt rondom KOPP/KVO. De doelgroep bleek ook niet opgenomen in lokaal gemeentebeleid. Het lijkt te ontbreken, zo stellen de onderzoekers, aan regie op samenwerking, beschikbaarheid van aanbod en de uitvoering van preventie, zorg en ondersteuning voor deze risicogroep. Of een ketenpartner verantwoordelijkheden oppakt hangt af van individuen. Daarbij wordt de verantwoordelijkheid binnen de zorgketen voor KOPP/KVO-

[162] Gezondheidsraad (2018). *De ouder-kindrelatie en jeugdtrauma's*. Den Haag: Gezondheidsraad. De Gezondheidsraad adviseert dit programma in elke gemeente aan te bieden.

[163] Zanden, R. van der, Haverman, M., & Poel, A. van der (2016). *KOPP/KVO. Resultaten van een rondgang in de uitvoeringspraktijk van preventie, zorg en ondersteuning voor kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP) en kinderen van verslaafde ouders (KVO)*. Utrecht: Trimbos-instituut.

kinderen met zichtbare problemen beter opgepakt (bijvoorbeeld doorverwijzing door de huisarts naar de jeugd-GGZ), dan voor de risicogroep KOPP/KVO-kinderen zonder zichtbare problemen. Aanbod blijkt in de ene gemeente wel en in de andere niet ingekocht te worden. Waar geen aanbod is, is men blij met landelijk e-health aanbod voor deze doelgroep. Waar wel aanbod is, vindt men het bereik vaak gering. Tot zover enkele uitkomsten van dit onderzoek dat direct de complexiteit van hulpverlening op dit thema aangeeft. Als een ouder in behandeling is, dient er (preventieve) aandacht te zijn voor het kind, maar dat is niet vanzelfsprekend. En hoe wordt er omgegaan met de school van het kind?

- Geef professionals écht de ruimte om vanuit hun vakkennis en ervaring te handelen en betrek hen bij het signaleren en diagnosticeren van de psychische problematiek. Behandelingen voor kinderen met psychische problemen moeten even toegankelijk, professioneel, gelijkaardig en gelijkwaardig zijn georganiseerd als de zorg voor kinderen met lichamelijke problemen. Opgeleide professionals indiceren en voeren deze zorg uit volgens door hun beroepsgroep opgestelde richtlijnen en kwaliteitskaders. Als de professional een behandeling indiceert, kan het niet zo zijn dat gemeenten en wijkteams via niet-inhoudelijke beoordelingen en andere omwegen de snelheid en effectiviteit van de behandeling in de weg staan. Er is goede triage nodig en consultatie van een gekwalificeerde professional in een vroeg stadium. Gemeenten kunnen daarbij leren van de wijze waarop zorgverzekeraars omgaan met complexe medische behandelingen.

Tot zover onze verkenning van de psychische problemen en mentale veerkracht van jeugdigen, de rol van het onderwijs en verbinding met (jeugd-geestelijke) gezondheidszorg. We vervolgen onze deelstudie met de inzet van de jeugd-GGZ in het onderwijs.

III Samenwerking jeugd-GGZ en onderwijs

In dit hoofdstuk gaan we verder in op de inzet in en samenwerking van de jeugd-GGZ met het onderwijs. De aansluiting van de jeugd-GGZ op het onderwijs is in Nederland niet sterk ontwikkeld, we zeiden het al. Lange tijd, toen de jeugdhulpverlening nog niet gedecentraliseerd was naar gemeenten en de jeugd-GGZ nog geen onderdeel van de jeugdzorg uitmaakte, bestond er een apart spoor van samenwerking, nog vanuit de traditie van Medisch-Opvoedkundige Bureaus. Waar organisaties als de regionale instituten voor ambulante geestelijke gezondheidszorg rond de uitvoering van hulpverleningstrajecten aanvankelijk nog veel deden aan samenwerking met het onderwijs wordt dat gaandeweg minder, zij het dat een substantiële periode de opkomende aandacht voor preventie in de wetenschap en beroepspraktijk ook zijn weg vond in het onderwijs waar de geestelijke gezondheidszorg actief was en dan met name in het voortgezet onderwijs (Van Veen, 1999)[164]. Vijfentwintig jaar geleden, toen wij begonnen met ons onderzoek en ontwikkelwerk op het gebied van zorgteams en zorg- en adviesteams in het onderwijs, was er nog een aanzienlijk netwerk van preventiewerkers in de jeugd-GGZ die landelijk en regionaal samenwerkten en activiteiten voor het onderwijs ontwikkelden en uitvoerden.[165] Deze activiteiten vonden destijds plaats naast de activiteiten die vanuit de jeugdhulpverlening en het welzijnswerk werden uitgevoerd in en om de school, te denken valt aan de inzet van opbouwwerk, schoolmaatschappelijk werk, jeugdhulpverlening, opvoedingshulp en voor oudere leeftijdsgroepen jeugdigen ook bijvoorbeeld verslavingszorg. Voor onze beschouwing is een korte terugblik op deze periode van belang omdat de afgelopen 25 jaar de zorgstructuur in het onderwijs sterk tot ontwikkeling is gekomen en zich heeft geconcretiseerd in werkwijzen en routines in scholen en samenwerkingsverbanden in het onderwijs. In dat kader zijn vanuit het onderwijs bovendien werkrelaties aangegaan met aanpalende sectoren, waaronder de jeugdhulp en jeugd-GGZ, en afspraken gemaakt met gemeenten. In het vorige hoofdstuk is daar vanuit de samenwerking tussen het onderwijs en de jeugdgezondheidszorg al diverse keren op gewezen en zijn al enkele voorbeelden genoemd.

Nu de verbinding met jeugdhulp en de jeugd-GGZ in het vizier komt, is het belangrijk om in kort bestek enkele ontwikkelingslijnen te schetsen en leerervaringen te noemen en in te gaan op de stand van zaken. In het vorige hoofdstuk zijn reeds enkele aansprekende voorbeelden genoemd van samenwerkingspraktijken. In de beschouwing benutten we recente onderzoeksgegevens die zijn verzameld in het kader van de evaluatie van passend onderwijs en gegevens uit onderzoek dat we eerder uitvoerden.

De zorgstructuur in het onderwijs en de samenwerking met jeugdhulp c.q. jeugd-GGZ

Eén van de beleidsdoelen van passend onderwijs was het eenvoudiger maken van de afstemming tussen onderwijs en jeugdhulp. Het eindrapport Evaluatie passend onderwijs (mei 2020, p.59)[166] noemt als conclusie dat de afstemming tussen onderwijs en jeugdhulp zich nog in een opbouwfase bevindt[167] en dat de groep betrokkenen die tevreden is even groot is als de groep die ontevreden is. Gemeenten zijn positiever over de afstemming dan samenwerkingsverbanden, bij wie, we volgen nog steeds de

---

[164] Van Veen, D. Terugzien voor morgen; verkennende opmerkingen over de samenwerking tussen de jeugdzorg en het onderwijs. In: Bosdriesz, M & Van Veen, D. (red.). *Samenwerking Onderwijs en Jeugdzorg*. Uitgeverij SWP: Utrecht (p 9-41).

[165] Deze opmerking wordt niet gemaakt vanuit een agressieve nostalgie naar het verleden. De auteurs zijn enthousiast over het goede werk dat het Trimbos-instituut verricht op het terrein van de jeugd-GGZ en de preventie en aanpak van psychische problemen. In Nederland blijken de jeugd-GGZ en het onderwijs echter tamelijk gescheiden beleids- en praktijkterreinen te zijn. Niettegenstaande het grote aantal (onderzoek)programma's dat vanuit de jeugd-GGZ wordt uitgevoerd in het onderwijs, vindt de inbedding van resultaten hiervan in de ondersteuning van leren en onderwijzen moeizaam plaats.

[166] Ledoux, G. & Waslander, S., m.m.v. Eimers, T. (2020). *Evaluatie passend onderwijs Eindrapport Mei 2020*. Amsterdam: Kohnstamm Instituut | Tilburg: TIAS School for Business and Society, Tilburg University| Nijmegen: KBA Nijmegen (Rapport 1047, projectnummer 20689). Dit is publicatie nr.74 in de reeks Evaluatie Passend Onderwijs.

[167] Op zich een merkwaardige conclusie als je bedenkt dat al ruim 20 jaar de samenwerking onderwijs en jeugdhulp in de beleids- en uitvoeringspraktijk een onderwerp van aandacht is.

eindrapportage, de onvrede toeneemt. Nagenoeg alle samenwerkingsverbanden en gemeenten ervaren knelpunten. Bij de afstemming tussen onderwijs en zorg en het ontwikkelen van combinatie-arrangementen van zorg en onderwijs zijn er specifieke knelpunten. Het speciaal onderwijs (SBO, SO en VSO) ervaart daarbij meer knelpunten dan het regulier onderwijs (Ledoux et al., 2020, p.59). Opgemerkt wordt dat op die scholen vaker afstemming nodig is met gespecialiseerde zorgaanbieders, zoals de gespecialiseerde jeugd-GGZ, en gecertificeerde instellingen voor jeugdbescherming en jeugd-reclassering (Eimers & Kennis, 2019). De opstellers van de eindrapportage tekenen daarbij aan dat die afstemming minder ontwikkeld is dan in het regulier onderwijs, terwijl die juist in het speciaal onderwijs harder nodig is (Van der Grinten et al., 2018).[168] Scholen voor speciaal onderwijs hebben wel vaak korte lijnen met de jeugdhulp (Smeets & Van Veen, 2016). Maar wachttijden, gebrek aan continuïteit, onduidelijke verdeling van taken en verantwoordelijkheden – inclusief casusregie – en tijdgebrek voelen ze in het speciaal onderwijs (nog) sterker dan in het regulier onderwijs. Daarbij komt, we volgen nog steeds het eindrapport, dat scholen voor speciaal onderwijs vaker leerlingen hebben uit verschillende gemeenten, waardoor zij ook vaker te maken hebben met verschillende afspraken over de inzet van jeugdhulp (Van Veen, Huizenga & Van der Steenhoven, 2017).[169]

Met betrekking tot het beoogde dekkend aanbod aan voorzieningen meldt het eindrapport (p.67) dat driekwart van de samenwerkingsverbanden aangeeft daarin te voorzien (Van Aarsen et al., 2019). Directeuren van samenwerkingsverbanden, schoolleiders, intern begeleiders, zorgcoördinatoren en leraren noemen echter specifieke groepen leerlingen waarvoor het aanbod vaak nog te beperkt is, waaronder leerlingen met (ernstige) psychiatrische problematiek en ondersteuning vanuit de jeugd-GGZ en leerlingen in crisisvoorzieningen (Van Aarsen et al, 2019). Voor alle specifieke groepen leerlingen geldt, we volgen nog steeds de eindrapportage, dat het in het voortgezet onderwijs (nog) lastiger is om passend onderwijs te bieden dan in het primair onderwijs.

De eindrapportage stelt dat de zorgstructuur in scholen versterkt is (Smeets & Van Veen, 2016) en dat het aantal (verschillende) externe specialisten om leerlingen en leraren te ondersteunen is gedaald. Scholen organiseren de ondersteuning vaker zelf, met eigen mensen (Smeets, Ledoux & Van Loon-Dikkers, 2019). Binnen scholen is de ondersteuning vanuit het speciaal onderwijs, de jeugd-GGZ en de overige jeugdhulp eerder afgenomen dan toegenomen, terwijl dat bij de ondersteuning vanuit samenwerkingsverbanden en wijkteams eerder andersom is (Smeets & Van Veen, 2016).

Tot zover een aantal bevindingen uit de eindrapportage die de zorgstructuur in het primair en voortgezet onderwijs en het (voortgezet) speciaal onderwijs raken en de samenwerking met de jeugdhulp en de jeugd-GGZ in het bijzonder. Vastgesteld kan worden dat er weinig (scherpe) bevindingen in staan over de samenwerking van het onderwijs en de jeugd-GGZ. Ook is de eindrapportage niet helder over de ontwikkeling van de zorgstructuur voor leerlingen en leraren binnen deze verschillende onderwijs-sectoren in de periode 2014-2020, deels vanwege het ontbreken van herhaalde metingen en deels omdat onduidelijk is waarop kwalificaties zijn gebaseerd.

Op basis van onze praktijkervaring en eigen onderzoek naar de ontwikkeling van zorgteams en zorg- en adviesteams (ZAT's) in de bovengenoemde onderwijssectoren in de periode 2004-2016[170] en

---

[168] Het is zeer twijfelachtig of deze bevinding klopt met de werkelijkheid aangezien over een lange periode onderzoeksbevindingen een ander beeld tonen, namelijk dat de aansluiting van de jeugd-GGZ in het algemeen weinig is ontwikkeld, dus zowel in het po en vo als so/vso, met uitzondering van het mbo en het so/vso cluster 4.
[169] Van Veen, D., Huizenga, P. & Van der Steenhoven, P. (2017). *Monitor Gemeenten en passend onderwijs 2017. Bestuurlijk overleg en de afstemming met jeugdhulp*. Amsterdam: Nederlands Centrum Onderwijs & Jeugdzorg.
[170] Van der Steenhoven, P. & Van Veen, D. (2011a). *Monitor ZAT's, zorgteams en leerlingenzorg in het primair onderwijs 2010*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut; Van der Steenhoven, P. & Van Veen, D. (2011b). *Monitor Leerlingenzorg en ZAT's in het (voortgezet) speciaal onderwijs 2010*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut; Van der Steenhoven, P. & Van Veen, D. (2012). *Monitor Leerlingenzorg en ZAT's in het voortgezet onderwijs 2011*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut;

onderzoeksbijdragen die wij leverden voor de evaluatie passend onderwijs[171] kan het bovenstaande beeld enigszins worden aangescherpt.
In de periode 2000-2012 is de ontwikkeling van zorgteams en zorg- en adviesteams in Nederland in een stroomversnelling gekomen en gestimuleerd door landelijk en provinciaal beleid. Veel aandacht is in deze periode besteed aan de inzet van functionarissen van gemeentelijk gefinancierde instellingen op het gebied van welzijn, gezondheidszorg en veiligheid in de zorgstructuur van het onderwijs en ook aan de deelname daaraan van de toen nog provinciaal gefinancierde jeugdzorg. In 2008 kwam een kwaliteitskader beschikbaar voor zorg- en adviesteams in Po, VO, MBO en (V)SO waarin de functies, beoogde functionarissen en ondersteunende instrumenten en kwaliteitsafspraken zijn beschreven. De beoogde zorgverbreding in het onderwijs was daarbij een belangrijke stimulerende factor. Voor gemeenten was het ondersteunen van de zorgstructuur in het onderwijs niet vanzelfsprekend. Vanuit het jeugdbeleid werden in veel gemeenten buurtnetwerken onderhouden en later, toen de aandacht gericht was op preventief jeugdbeleid en het vroegtijdig voorzien in opvoedingsondersteuning, ontstonden andere voorzieningen zoals de centra voor jeugd en gezin (CJG) en netwerkstructuren die consequenties hadden voor de toegang tot de jeugdzorg en daarmee voor de zorgstructuur die zich in het onderwijs aan het ontwikkelen was. Ten tijde van de invoering van passend onderwijs in 2014 was er geen sprake van een duidelijke set afspraken betreffende de zorgstructuur in het onderwijs en de deelname en ondersteuning van (gemeentelijk gefinancierde) professionals uit de domeinen welzijn, geestelijke gezondheidszorg, jeugdhulp en veiligheid. De decentralisatie van de jeugdhulp naar gemeenten was behalve een kans ook een extra complicerende factor, aangezien deze ontwikkeling weer nieuwe netwerkstructuren met zich meebracht, namelijk de wijkteams. Vastgelegd werd wel dat gemeenten en het onderwijsveld bestuurlijk overleg moesten voeren, zowel in het kader van passend onderwijs als vanwege de nieuwe Jeugdwet. De Wet passend onderwijs verplicht scholen en gemeenten om met elkaar een 'op overeenstemmingsgericht overleg' te voeren. In de toelichting van de Wet passend onderwijs is vastgelegd dat in dit OOGO gemeente en samenwerkingsverband(en) overleg voeren over i) een concept van het ondersteuningsplan van samenwerkingsverband(en) primair onderwijs en voortgezet onderwijs, ii) de afstemming tussen het passend onderwijs en jeugdhulp, leerlingenvervoer, leerplicht, en onderwijshuisvesting, en iii) gemeenschappelijke onderwerpen die elke partij zelf voor overleg kan aandragen. De nieuwe Jeugdwet verplicht gemeenten tevens het concept-jeugdplan, voor zover dat passend onderwijs raakt, af te stemmen met samenwerkingsverbanden in het primair en voortgezet onderwijs.

Het onderzoek dat wij uitvoerden bij gemeenten dat was gericht op het OOGO, het verplichte (bestuurlijk) 'op overeenstemming gerichte overleg' van gemeenten met het onderwijs over passend onderwijs en over de afstemming met jeugdhulp, toont een aantal interessante bevindingen (Van Veen, Huizenga, & Van der Steenhoven, 2017).[172]
Tabel 1 laat zien welke afspraken gemeenten met het schoolbesturen/samenwerkingsverbanden maken in het OOGO over de inzet van jeugdhulp in en om het onderwijs. In 2017 geeft 62% van de gemeenten aan met het onderwijs afspraken te maken over samenwerking en inzet van de jeugd-GGZ.

Van der Steenhoven, P. & Van Veen, D. (2012). *Monitor Deelnemerszorg en ZAT's in het middelbaar beroepsonderwijs 2011*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

[171] Smeets, E. & Van Veen, D., m.m.v. Van der Steenhoven, P. (2016). *Monitor Ondersteuningsaanbod. Ondersteuning voor leerlingen en teamleden in het basisonderwijs, voortgezet onderwijs, speciaal onderwijs en voortgezet speciaal onderwijs, schooljaar 2015-2016.* Nijmegen/Zwolle: KBA Nijmegen/Hogeschool Windesheim; Veen, D. van, Huizinga, P., Steenhoven, P. van der (2017). *Monitor gemeenten en passend onderwijs. Bestuurlijk overleg en de afstemming met jeugdhulp*. Zwolle: Hogeschool Windesheim/NCOJ; Smeets, E., & Van Veen, D. (2018). *Samenwerking tussen onderwijs, gemeenten en jeugdhulp. Onderzoek naar succesfactoren in praktijkvoorbeelden*. Nijmegen/Zwolle: KBA Nijmegen / Hogeschool Windesheim / NCOJ.

[172] Van Veen, D., Huizenga, P. & Van der Steenhoven, P. (2017). *Monitor Gemeenten en passend onderwijs 2017. Bestuurlijk overleg en de afstemming met jeugdhulp*. Amsterdam: Nederlands Centrum Onderwijs & Jeugdzorg.

Tabel 1 Gemaakte afspraken van gemeenten met onderwijs over aspecten van de inzet door jeugdhulp (in procenten, n=124) (Van Veen, Huizenga & Van der Steenhoven, 2017)

	ja	nee	weet niet
inzet van (school)maatschappelijk werk in het onderwijs	86	4	10
deelname van jeugdhulp in de ondersteuningsstructuur van het onderwijs (OT, ZAT)	83	7	10
inzet van overige individuele jeugdhulpinstellingen in het onderwijs	76	6	18
inzet van jeugd-GGZ	62	15	23
inzet van jeugdhulpprogramma's in en om de school	52	20	28
activering van opvoedingshulp vanuit het onderwijs	50	18	32
advies en consultatie van onderwijsmedewerkers	50	20	30
inzet van jeugdhulp in het onderwijs t.b.v. diagnostiek in het onderwijs	49	24	27
inzet diagnostische expertise jeugdhulp in onderwijs t.b.v. zorgtoewijzing/integraal arrangeren	45	22	33
combinatieprogramma's van jeugdhulp en onderwijs voor specifieke doelgroepen	44	21	35
deskundigheidsbevordering van onderwijsmedewerkers	32	40	27

In hetzelfde onderzoek werd ook voor een aantal gemeentelijk gefinancierde instellingen waarmee scholen en samenwerkingsverbanden in het zorgteam, ZAT, wijkteam of ander multidisciplinair team samenwerken, nagegaan of er afspraken gemaakt zijn over hun inzet. Bij het primair en voortgezet onderwijs is door respectievelijk 46% en 47% van de gemeenten de inzet van de jeugd-GGZ vastgelegd.

Tabel 2 Gemaakte afspraken over inzet van functionarissen in ondersteuningsteam op scholen en/of samenwerkingsverband in PO en VO (in procenten, PO: n=123, VO: n=109) (Van Veen, Huizenga & Van der Steenhoven, 2017)

	po			vo		
	ja	nee	weet niet	ja	nee	weet niet
leerplichtzaken	89	5	6	89	5	6
jeugdgezondheidszorg	89	4	7	90	4	6
(school)maatschappelijk werk	84	7	9	84	7	8
wijkteam	65	18	17	67	17	17
jeugd-GGZ	46	30	24	47	28	25
overige jeugdhulp	41	25	33	44	24	32
MEE	35	36	29	36	35	29
politie	28	35	37	30	32	38
instelling voor arbeidsmarkttoeleiding	-	-	-	40	20	39

Kijken we alleen naar de afspraken die in het OOGO van gemeenten en het onderwijsveld worden gemaakt over de inzet van functionarissen van de (jeugd-)GGZ in de ondersteuningsstructuur van scholen in PO, VO, MBO en (V)SO (tabel 3) dan valt op dat in 2017 circa de helft van de gemeenten aangeeft deze te hebben voor het primair onderwijs en voortgezet onderwijs. Het aandeel gemeenten dat dit heeft voor het (V)SO is beduidend lager en het percentage zakt weg naar een op de zeven gemeenten die afspraken maakt over de inzet van (jeugd-)GGZ met het MBO in hun gemeente. Met betrekking tot deze laatste bevinding moet wel opgemerkt worden dat meer dan de helft van de coördinerende beleidsmedewerkers in gemeenten die het OOGO voeren met het onderwijs (afstemming passend onderwijs-jeugdhulp) de vraag gericht op het MBO niet konden beantwoorden. Sinds kort is het MBO aangehaakt in het OOGO dat gemeenten met het samenwerkingsverband voortgezet onderwijs voeren.

Tabel 3 Gemaakte afspraken van gemeenten met onderwijs over inzet van functionarissen van (jeugd-)GGZ in de ondersteuningsstructuur op scholen naar onderwijssectoren, 2017 (in procenten) (Van Veen, Huizenga & Van der Steenhoven, 2017)

	ja	nee	weet niet	n
po	46	30	24	123
vo	47	28	25	109
mbo	15	29	56	48
(v)so	31	24	44	45

Voorafgaande aan de invoering van passend onderwijs hebben wij langere tijd (2004-2011) de ontwikkeling van zorgteams en zorg- en adviesteams (ZAT) in het onderwijs gevolgd, waaronder de inzet van functionarissen van de school als ook van medewerkers van externe instellingen daarin. De gegevens met betrekking tot de inzet van de jeugd-GGZ uit die monitoren zijn samengevat in tabel 4. Voor de samenwerking van het basisonderwijs met de jeugdzorg en de jeugd-GGZ in het bijzonder zijn destijds referentiemodellen ontwikkeld die bepaalden dat de jeugdzorg niet diende aan te sluiten op elke basisschool afzonderlijk maar op het niveau van de (WSNS-)samenwerkingsverbanden. Voor het voortgezet onderwijs, middelbaar beroepsonderwijs en het (voortgezet) speciaal onderwijs was de aansluiting van de jeugdzorg c.q. jeugd-GGZ wel voorzien op schoolniveau. In de acht jaren die wij deze ontwikkeling hebben gemonitord konden we vaststellen dat de deelname van de jeugd-GGZ aan het ZAT in het mbo het meest ontwikkeld was en in 2011 in driekwart van de ROC's/AOC's was gerealiseerd, terwijl dat percentage bleef steken op 40% in het voortgezet onderwijs (waar het bovendien vooral ging om deelname op verzoek) net als in het (voortgezet) speciaal onderwijs, terwijl de deelname van de jeugd-GGZ aan de ZAT's van de samenwerkingsverbanden in het basisonderwijs opliep tot tweederde. De borging van deze inzet in afspraken was minder geregeld (tabel 5).

Tabel 4 Deelname jeugd-GGZ aan ZAT naar onderwijssector, 2004-2011, in procenten van scholen in vo, mbo en (v)so en samenwerkingsverbanden po (Van der Steenhoven & Van Veen, 2011, 2012)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
jeugd-GGZ bovenschools ZAT in po		31		56	54	65	66	
jeugd-GGZ ZAT in vo	23	27	28	31	31	30	34	40
(jeugd-)GGZ ZAT in mbo	53	53	55	79	79	63	67	78
jeugd-GGZ ZAT in (v)so							39	

Tabel 5 Schriftelijke afspraken over deelname jeugd-GGZ aan ZAT naar onderwijssector, 2004-2011, in procenten van scholen in vo, mbo en (v)so en samenwerkingsverbanden po (Van der Steenhoven & Van Veen, 2011, 2012)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
jeugd-GGZ bovenschools ZAT in po				21	39	43	46	
jeugd-GGZ ZAT in vo			32	31	34	38	33	40
(jeugd-)GGZ ZAT in mbo				50	52	42	48	50
jeugd-GGZ ZAT in (v)so							13	

Vanaf 2012 is de ontwikkeling van zorgteams en ZAT's in het onderwijs door ons niet langer gemonitord via onderzoek. De evaluatie passend onderwijs (2014-2020) bood wel de gelegenheid gegevens op

schoolniveau te verzamelen op dit gebied (zie Smeets & Van Veen, 2016)[173]. Tabel 6 laat zien dat de (zeer) ruime beschikbaarheid van jeugd-GGZ op scholen in de verschillende onderwijssectoren tussen de 28% en 40% ligt en dat inzet niet of nauwelijks aanwezig is in 20 tot en met 36% van de scholen. De oordelen over de kwaliteit van deze ondersteuning staan in tabel 7.

Tabel 6 Beschikbaarheid van jeugd-GGZ voor directe ondersteuning leerlingen met extra ondersteuningsbehoeften, 2016 (Smeets & Van Veen, 2016)

	niet	gering	enigszins	ruim	zeer ruim	weet niet	n
jeugd-GGZ bao	5%	21%	35%	30%	3%	6%	111
jeugd-GGZ sbao	9%	11%	40%	24%	11%	4%	45
jeugd-GGZ vo	12%	24%	33%	20%	8%	2%	84
jeugd-GGZ so cluster 3	6%	14%	37%	33%	2%	8%	86
jeugd-GGZ so cluster 4	14%	16%	27%	32%	8%	3%	86

Tabel 7 Kwaliteit van de ondersteuning van leerlingen met extra ondersteuningsbehoeften vanuit jeugd-GGZ, 2016 (Smeets & Van Veen, 2016)

	slecht	matig	redelijk	goed	zeer goed	weet niet	n
jeugd-GGZ bao	5%	21%	35%	30%	3%	6%	111
jeugd-GGZ sbao	9%	11%	40%	24%	11%	4%	45
jeugd-GGZ vo	12%	24%	33%	20%	8%	2%	84
jeugd-GGZ so cl. 3	6%	14%	37%	33%	2%	8%	86
jeugd-GGZ so cl. 4	14%	16%	27%	32%	8%	3%	86

In hetzelfde onderzoek (Smeets & Van Veen, 2016) is ook gekeken naar de ondersteuning vanuit de jeugd-GGZ voor onderwijsmedewerkers. De bevindingen zijn hieronder in tabel 8 samengevat en laten zien dat deze ondersteuning maar zeer beperkt tot stand komt, In 12 tot en met 19% van de onderwijssectoren is deze beschikbaarheid (zeer) ruim, bij 35-54% van de onderwijssectoren is deze niet of nauwelijks aanwezig.

Tabel 8 Mate van beschikbaarheid van jeugd-GGZ ter ondersteuning van leraren en andere teamleden bij onderwijs aan leerlingen met extra ondersteuningsbehoeften, 2016 (Smeets & Van Veen, 2016)

	niet	gering	enigszins	ruim	zeer ruim	weet niet	n
jeugd-GGZ bao	19%	19%	28%	19%		16%	108
jeugd-GGZ sbao	16%	26%	26%	14%	2%	16%	43
jeugd-GGZ vo	30%	24%	26%	15%	1%	4%	82
jeugd-GGZ so cl. 3	19%	16%	28%	12%		26%	75
jeugd-GGZ so cl. 4	19%	22%	28%	6%	9%	16%	75

Smeets en Van Veen (2016) hebben scholen een lijst met soorten problematiek bij leerlingen voorgelegd met de vraag om aan te geven in welke mate de school ondersteuning kan bieden aan leerlingen met de daarbij behorende ondersteuningsbehoeften (tabel 9).

[173] Smeets, E. & Van Veen, D., m.m.v. Van der Steenhoven, P. (2016). *Monitor Ondersteuningsaanbod. Ondersteuning voor leerlingen en teamleden in het basisonderwijs, voortgezet onderwijs, speciaal onderwijs en voortgezet speciaal onderwijs, schooljaar 2015-2016*. Nijmegen/Zwolle: KBA Nijmegen/Hogeschool Windesheim.

In het *basisonderwijs* biedt een ruime meerderheid van de scholen (62% tot 71%) in hoge tot zeer hoge mate ondersteuning bij ADHD/ADD, autisme/verwante stoornis, faalangst en een gebrek aan weerbaarheid. Er doen zich hiaten voor bij de ondersteuning van leerlingen met opstandig/antisociaal gedrag (ODD), agressief gedrag, depressieve klachten en een angststoornis/fobie (bij 32% tot 53% van de scholen is er geen of in geringe mate ondersteuning aanwezig).

In het *voorgezet onderwijs* komt het beeld overeen met dat van het basisonderwijs waar het gaat om ondersteuning bij ADHD/ADD, autisme/verwante stoornis, faalangst en een gebrek aan weerbaarheid. De hiaten beperken zich tot de ondersteuning van leerlingen met opstandig/antisociaal gedrag (ODD) en agressief gedrag (31% tot 52% niet of in geringe mate aanwezig) en in iets mindere mate bij depressieve klachten en een angststoornis/fobie.

Scholen voor *speciaal basisonderwijs* hebben eveneens in ruime meerderheid in hoge tot zeer hoge mate ondersteuning beschikbaar bij ADHD/ADD, autisme/verwante stoornis, faalangst en een gebrek aan weerbaarheid (91% tot 96%). Er is een gebrek aan of in geringe mate ondersteuning bij agressief gedrag (27%).

In het *(voortgezet) speciaal onderwijs* tot slot heeft een ruime meerderheid in hoge of zeer hoge mate de beschikking over ondersteuning bij ADHD/ADD, autisme/verwante stoornis, faalangst en een gebrek aan weerbaarheid. Dat geldt ook voor opstandig/antisociaal gedrag (ODD) en agressief gedrag in cluster 4-scholen. Hiaten in het ondersteuningsaanbod komen in het (v)so minder vaak voor (<19%) dan in de andere onderwijssectoren.

Tabel 9 Mate waarin de school ondersteuning kan bieden aan leerlingen met problemen naar onderwijssectoren, 2016 (Smeets & Van Veen, 2016)

PO, n=115	niet	in geringe mate	in enige mate	in hoge mate	in zeer hoge mate	weet ik niet
adhd/ADD		3%	26%	51%	20%	
autisme of verwante stoornis		4%	32%	44%	18%	2%
opstandig of antisociaal gedrag (ODD)	15%	26%	37%	19%	2%	2%
agressief gedrag	20%	33%	35%	10%	1%	1%
depressieve klachten	6%	26%	43%	13%	1%	10%
een angststoornis/ fobie	8%	27%	38%	17%	2%	9%
faalangst	1%		32%	51%	16%	
gebrek aan weerbaarheid	1%	2%	30%	50%	17%	1%
VO, n=86						
adhd/ADD			19%	51%	30%	
autisme of verwante stoornis			22%	51%	27%	
opstandig of antisociaal gedrag (ODD)	7%	24%	42%	22%	5%	
agressief gedrag	16%	36%	36%	10%		1%
depressieve klachten	2%	13%	53%	28%	3%	
een angststoornis/ fobie	3%	17%	51%	22%	3%	2%
faalangst		5%	16%	60%	19%	
gebrek aan weerbaarheid		6%	24%	52%	17%	

SBO, n=45						
adhd/ADD			4%	29%	67%	
autisme of verwante stoornis		2%	7%	42%	49%	
opstandig of antisociaal gedrag (ODD)	7%	11%	40%	29%	13%	
agressief gedrag	9%	18%	38%	29%	7%	
depressieve klachten		18%	31%	47%	2%	2%
een angststoornis/ fobie	2%	9%	38%	36%	13%	2%
faalangst			7%	47%	47%	
gebrek aan weerbaarheid			9%	40%	51%	

Tabel 9 Mate waarin de school ondersteuning kan bieden aan leerlingen met problemen naar onderwijssectoren (vervolg), 2016 (Smeets & Van Veen, 2016)

(V)SO, n=90		niet	in geringe mate	in enige mate	in hoge mate	in zeer hoge mate	weet ik niet
adhd/ADD	cl. 3			2%	43%	55%	
	cl. 4			5%	23%	72%	
autisme of verwante stoornis	cl. 3			4%	41%	55%	
	cl. 4			3%	18%	80%	
opstandig of antisociaal gedrag (ODD)	cl. 3		16%	41%	18%	16%	
	cl. 4	10%	2%	8%	23%	67%	
agressief gedrag	cl. 3		18%	43%	18%	10%	
	cl. 4	12%	5%	10%	26%	59%	
depressieve klachten	cl. 3	6%	12%	49%	24%	10%	
	cl. 4	3%	3%	28%	41%	26%	
een angststoornis/ fobie	cl. 3		10%	41%	31%	14%	
	cl. 4	4%	5%	26%	41%	28%	
faalangst	cl. 3		2%	18%	47%	33%	
	cl. 4		3%	21%	41%	36%	
gebrek aan weerbaarheid	cl. 3		2%	12%	31%	55%	
	cl. 4		3%	13%	49%	36%	

De jeugd-GGZ na de Jeugdwet

Kenmerken van de jeugd-GGZ

In hun introductie op de Staalkaart jeugd-GGZ stellen Van der Zwaan & Van Sleeuwen (2019) [174]:

> Het grootste deel van de Nederlandse jeugd is gelukkig, voelt zich goed en is tevreden over het eigen leven (Stevens et al., 2017). Een deel van de jeugd en jongeren voelt zich echter minder goed. Zij hebben bijvoorbeeld een depressieve stoornis of een angststoornis of ervaren psychische problemen (RIVM, Trimbos-instituut, & Amsterdam-UMC, 2019). De omvang van deze problemen kan op verschillende manieren benaderd en in beeld gebracht worden: vanuit de door jongeren ervaren psychische (on)gezondheid en hun welbevinden, vanuit de prevalentie van psychische problemen of vanuit de hulp die jongeren ontvangen. Bij het CBS zijn cijfers te

[174] Van der Zwaan, J. & Van Sleeuwen, W. (2019) Staalkaart jeugd-GGZ. In: R.D. Friele, R. Hageraats, A. Fermin, R. Bouwman, & J. van der Zwaan (2019). *De jeugd-GGZ na de Jeugdwet: een onderzoek naar knelpunten en kansen*. Nivel: Utrecht (p.157-168).

vinden over de ervaren psychische (on)gezondheid. Hieruit blijkt dat 3,8% van de 12 tot 16-jarigen en 10,9% van de 16 tot 20-jarigen in 2018 (CBS Statline) zich psychisch ongezond voelt. Dit zegt niets over de zwaarte van de problemen die zij hebben of over de hulp die zij ontvangen. Bij GGZ Nederland is te lezen dat één op de 20 kinderen en jongeren tot 18 jaar bekend is met psychische problemen of een verslaving (GGZ Nederland, 2016). Of deze 5% ook een beroep doet op jeugd-GGZ is niet bekend. Cijfers over het beroep op jeugd-GGZ zijn sinds de decentralisatie niet eenduidig voorhanden. Binnen het CBS zijn alleen cijfers beschikbaar over het gebruik van jeugdhulp breed. (p. 157)

De Memorie van Toelichting op de Jeugdwet spreekt bij jeugd-GGZ over psychische stoornissen en psychosociale en gedragsproblemen (Kamerstukken II 2012/13, 33684, 3, (MvT)). Van der Zwaan en Van Sleeuwen (2019) volgen de onderverdeling van het RIVM et al. (2019) waarin onderscheid wordt gemaakt tussen mentaal welbevinden, psychische problemen en psychische stoornissen, zonder zich daarbij te beperken tot internaliserende problemen.
Onder *mentaal welbevinden* wordt een positieve geestelijke gezondheid verstaan, bepaald door optimisme, zelfvertrouwen, geluk, vitaliteit, gevoel van betekenis hebben, eigenwaarde, ervaren van ondersteuning uit de eigen omgeving en het goed weten om te gaan met de eigen emoties. Het is van belang om in te zetten op het behoud van dit mentaal welbevinden, onder andere door de veerkracht en sociale steun te verhogen om zo psychische problemen en stoornissen te voorkomen of om hiermee beter om te kunnen gaan (RIVM et al., 2019).
Psychische problemen zijn problemen die samenhangen met het dagelijks functioneren en die niet zo ernstig zijn dat ze voldoen aan de criteria voor een psychische stoornis. Te denken valt aan: emotionele problemen zoals angst, teruggetrokkenheid, depressieve gevoelens en psychosomatische klachten, gedragsproblemen zoals agressief gedrag en onrustig gedrag, en sociale problemen, dat wil zeggen problemen in het maken en onderhouden van het contact met anderen.
Er is sprake van een *psychische stoornis* als het gedrag of de emotie van een jeugdige/jongere ontregeld is, de jeugdige/jongere hier (ernstig) onder lijdt en in zijn ontwikkeling belemmerd wordt (NVVP, 2014). In de Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders (DSM) is een beschrijvende lijst opgenomen van psychische stoornissen. In de DSM zijn stoornissen zoals ADHD, autisme, depressie, eetstoornis, neurose, psychose, obsessieve-compulsieve stoornis, schizofrenie en persoonlijkheidsstoornissen beschreven.

Het grootste deel van de jeugd-GGZ is per 1 januari 2015 onderdeel van de Jeugdwet. Het gaat hierbij om grofweg de volgende vormen van jeugd-GGZ:

- Preventie
- Poliklinische/ ambulante behandeling (ook in de thuissituatie)
- Behandeling in deeltijd (enkele dagdelen per week)
- Intensieve zorg tijdens een opname
- Acute opname (crisisbedden) Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de inkoop en financiering van deze vormen van jeugdhulp.

Een klein deel van de jeugd-GGZ valt onder de Zorgverzekeringswet, te weten behandeling van lichte psychische klachten door de huisarts of praktijkondersteuner huisartsen GGZ (POH-GGZ) en medicijnen tegen psychische aandoeningen voor jongeren die niet in een instelling zitten.

Veel psychische aandoeningen ontstaan in de leeftijdsfase van de adolescentie (15-25 jaar). Vaak zijn er in de jaren daarvoor al signalen zichtbaar. Maar pas in de puberteit en adolescentie lopen jongeren hierdoor vast, bijvoorbeeld door een eerste psychose, gedragsproblemen, depressie of verslaving. Indien behandeling van deze problematiek ook na het 18e jaar nodig is, wordt deze gefinancierd vanuit de Zorgverzekeringswet al dan niet in combinatie met de Wmo of verlengde jeugdhulp.

De jeugd-GGZ kent een breed palet aan hulpverlening (Kamerstukken II 2012/13, 33684, 3, (MvT): preventieve ondersteuning voor bijvoorbeeld kinderen van ouders met psychiatrische of verslavingsproblematiek (KOPP/KVO), deelname in Zorgadviesteams, diagnose, behandeling van ernstige enkelvoudige dyslexie, gesprekstherapie bij een psycholoog, psychiatrische gezinsbegeleiding, verslavingszorg, e-health, acute psychiatrie, vroegkinderlijke traumabehandeling en de multidisciplinaire zorg vanuit de GGZ. De jeugd-GGZ kan bestaan uit ambulante hulpverlening (die bij de GGZ-instelling, poliklinisch of in de thuissituatie geboden wordt), uit behandeling in deeltijd of uit zorg tijdens een (acute) opname.

De jeugd-GGZ is te onderscheiden in drie niveaus: basis, specialistisch veel voorkomend en specialistisch weinig voorkomend (Expertgroep BGZJ, 2017). Preventie komt niet voor in het ontwikkelmodel, maar is wel van groot belang. De expertise van de jeugd-GGZ kan worden ingezet om mogelijke psychische problemen en stoornissen eerder te herkennen (vroegsignalering) en waar mogelijk te voorkomen, én om de beschermende factoren en bijvoorbeeld de veerkracht van en de sociale steun rond jongeren te versterken (RIVM et al., 2019). Preventie valt overigens niet alleen onder de Jeugdwet. Ook de Wet publieke gezondheid biedt kaders voor preventie (Wpg). In artikel 2.2 van de Wpg is beschreven dat gemeenten moeten bijdragen aan de opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's, met inbegrip van programma's voor de gezondheidsbevordering. Er wordt dan ook binnen gemeenten aandacht besteed aan preventieve activiteiten, zoals screening op depressie en suïcidale gedachten door de GGD op scholen, maar een structureel programma is veelal niet aanwezig of niet optimaal en de samenwerking tussen preventie op grond van de Jeugdwet en de Wpg is niet altijd aanwezig. Gegevens over de inzet van preventie zijn niet of onvoldoende beschikbaar.

Basis jeugd-GGZ is jeugdhulp die dichtbij huis kan worden geboden (Expertgroep BGZJ, 2017). Kenmerken zijn: i) er is sprake van (of vermoeden van) een DSM-stoornis, ii) er is een gemiddelde tot lage beperking in het functioneren of er is sprake van lichte tot ernstige problematiek, met laag tot matig risico of er is een vermoeden van een leerstoornis of twijfel over verstandelijke vermogens, en iii) er is een goed sociaal netwerk of er is een grote kans op herstel. Hierbinnen vallen ook ernstige psychiatrische stoornissen met stabiele problematiek die geen behandeling, maar wel langdurige monitoring behoeven.

Specialistische jeugd-GGZ veel voorkomend is een vorm van jeugdhulp die ingezet wordt bij veel voorkomende problematiek. De hulp wordt ook veelal dichtbij, in de regio, geleverd. Kenmerken zijn: er is sprake van (of vermoeden van) een DSM-stoornis en er is sprake van matige tot ernstige problematiek; aanzienlijke beperkingen in het dagelijks functioneren, zowel thuis als elders als gevolg van het ziektebeeld of er is sprake van hoog risico (duidelijke aanwijzingen voor gevaar, suïcidaliteit) of hoge complexiteit: ingewikkelde (somatische) co-morbiditeit, psychosociale problemen in het gezin, geringe daadkracht in het netwerk, langdurige schooluitval of ernstige opvoedproblematiek als gevolg van psychiatrische problematiek van opvoeder(s) of (vermoeden van) ontwikkeling richting criminaliteit, en bij de cliënt (en het gezin) staat de kwaliteit van leven onder druk. De specialistische jeugd-GGZ kent een sterke diagnostische functie onder verantwoordelijkheid van een kinder- en jeugdpsychiater, klinisch psycholoog, psychotherapeut of GZ-psycholoog.

Specialistische jeugd-GGZ weinig voorkomend betreft specialistische hulp voor problematiek die weinig voorkomt en/of zeer ernstig of complex is. De hulp wordt vaak (boven)regionaal of landelijk georganiseerd. Kenmerken zijn gelijk aan de veel voorkomende specialistische jeugd-GGZ. Voorbeelden zijn: acute opname, crisisinterventie, zorg in gedwongen kader, een deel van de jeugdverslavingszorg (bijvoorbeeld detox/opname), forensische jeugdpsychiatrie en de verschillende vormen van jeugdhulp die door de VNG landelijk zijn ingekocht.

De jeugd-GGZ na de Jeugdwet
Met de invoering van de Jeugdwet in 2015 is ook de zorg voor kinderen en jongeren met psychische problemen (jeugd-GGZ) gedecentraliseerd. Het onderzoek van Friele et al. (2019) geeft inzicht in de rol en positie van de jeugd-GGZ na de Jeugdwet. Zij deden onderzoek naar de knelpunten en kansen rond de toegang, samenwerking en uitvoering van de jeugd-GGZ in het nieuwe stelsel van jeugdhulp.[175] We noemen hier enkele bevindingen.
Lokale teams voor vrij-toegankelijke jeugdhulp vormen de belangrijkste toegang tot de jeugdhulp, naast huisartsen en Gecertificeerde Instellingen (GI's). Zij kunnen verwijzen naar specialistische jeugdhulp, zoals jeugd & opvoedhulp, hulp voor jeugdigen met een lichamelijke en/of verstandelijke beperking en jeugd-GGZ. Daarnaast zijn er nog de Veilig Thuis organisaties (VT). De jeugd-GGZ kent veel verschillende specialismen, met verschillende beroepsorganisaties, met zelfstandig gevestigde zorgverleners, kleine en heel grote zorginstellingen en een zeer divers zorgaanbod. Met de invoering van de Jeugdwet hebben de gemeentes het initiatief gekregen om vorm te geven aan de jeugdhulp. Uit het onderzoek komt naar voren dat de manier waarop gemeentes dit doen onderling sterk verschilt. Zo verschillen gemeentes in hun sturingsfilosofie: de ene gemeente geeft vooral ruimte aan het veld om te komen tot nieuwe samenwerkingsvormen, terwijl een andere gemeente veel meer op de kosten van de jeugdhulp let. Gemeentes verschillen ook in de manier waarop zij vormgeven aan het lokale team: in de ene gemeente heeft dit lokale team vooral een doorverwijsfunctie, terwijl het team in een andere gemeente daadwerkelijk hulp biedt.

Ook stellen de onderzoekers vast dat de lokale teams onderling sterk van elkaar verschillen. Sommige teams richten zich primair op de jeugdhulp, terwijl andere teams vanuit het brede sociale domein opereren. Sommige teams zijn ondergebracht in een aparte organisatie, soms zijn ze samengesteld uit leden van verschillende organisaties, of ze zijn onderdeel van het gemeentelijk apparaat. Sommige lokale teams verwijzen vooral, terwijl andere teams ook hulpverlenen. Ook verschilt de samenstelling van de teams. Naast deze verschillen zien we een algemenere trend: namelijk dat specifieke expertise 'naar voren' wordt gehaald. Dit betekent bijvoorbeeld dat de lokale teams vaker bestaan uit professionals met verschillende expertise, waaronder ggz-expertise. Dit is volgens Friele et al. (2019) een positieve ontwikkeling. Het verdient bovendien aanbeveling volgens de onderzoekers dat lokale teams kunnen beschikken over voldoende inhoudelijke en brede expertise (waaronder jeugd-GGZ) en dat zij ook daadwerkelijk hulp bieden. Deze teams kunnen dan laagdrempelige hulp bieden, een reële verwijsoptie zijn voor de huisarts en ook een rol spelen bij de afschaling van hulp uit het specialistische domein.
De samenwerking tussen professionals, zo stellen de onderzoekers vast, verkeert in een aantal gevallen nog steeds in de startfase. Dit is, vier jaar na de invoering van de Jeugdwet, een teleurstellende constatering. De intentie om samen te werken is er, maar de reflex is vaak nog om te werken vanuit de oude sectoren en specifieke professies. Wat zeker nog ontbreekt is een door cliënten en de verschillende betrokken professionals gedeelde visie op wat, wanneer, voor wie passende hulp is. Die visie is wel nodig stellen de onderzoekers. In die visie is er aandacht voor de diversiteit van de ondersteuningsvraag van kinderen en gezinnen en een preciezere invulling van begrippen als normaliseren, eigen kracht en passende, integrale hulp per situatie.

Ook voor de professionals in de hoog-specialistische jeugd-GGZ geldt, we volgen nog steeds de onderzoekers, dat samenwerking met een professioneel lokaal team van belang is. Samenwerking maakt het mogelijk om ondersteuning te bieden aan een gezin of aan professionals in een onderwijsinstelling in combinatie met de behandeling van ingewikkelde psychiatrische problematiek en samenwerking biedt een goede basis voor een zorgvuldige 'afschaling'. Tot zover de bevindingen uit dit voor ons thema belangrijke onderzoek.

[175] R.D. Friele, R. Hageraats, A. Fermin, R. Bouwman, & J. van der Zwaan (2019). *De jeugd-GGZ na de Jeugdwet: een onderzoek naar knelpunten en kansen*. Nivel: Utrecht.

IV Aanbevelingen voor vervolgactiviteiten tot besluit

Tot besluit van deze rapportage doen we in het verlengde van de bevindingen enkele aanbevelingen voor vervolgactiviteiten. Deze suggesties komen direct voort uit onze beschouwing en kunnen benut worden als fundament voor vervolgprojecten die erop gericht zijn de aansluiting van de jeugd-GGZ op het onderwijs structureel vorm en inhoud te geven. Voordat we hierop ingaan willen we een aantal opmerkingen maken. Gesprekken met diverse partijen (zie bijlage) zoals samenwerkingsverbanden en scholen voor primair en voortgezet onderwijs, MBO-instellingen, gemeenten en aanbieders van jeugd-GGZ maakten duidelijk dat deze kernpartijen het belang van het onderzochte thema nadrukkelijk onderkennen en zich actief willen inzetten voor praktijkontwikkeling en het realiseren van de benodigde randvoorwaarden hiervoor. De typering van de huidige situatie rond de samenwerking van de jeugd-GGZ met het onderwijs werd door de verschillende veldpartijen die we gesproken hebben breed onderschreven.

Steun voor de aanbevelingen-in-wording kregen we in de uitgebreide besprekingen met een tweetal buitenlandse experts op het terrein van Mental Health in Schools, te weten de hoogleraren Howard Adelman (UCLA) en Hal Lawson (SUNY), beiden uit de Verenigde Staten en beiden ook goed op de hoogte van de situatie in Nederland. Het doel van de verkenning was om enerzijds zicht te krijgen op een fundament voor realistische en duurzame samenwerking tussen het onderwijs en de jeugd-GGZ, rekening houdend met de huidige kenmerken van de uitvoeringspraktijk en beleidsvoering in Nederland, en anderzijds, in het verlengde daarvan, voorstellen te doen voor activiteiten die in de zone van de naaste ontwikkeling liggen en uitvoerbaar zijn.

Anticipatie op te verwachten beleidsontwikkelingen als vooral ook realisme en maatwerk zijn bij de verdere uitwerking van suggesties en aanbevelingen geboden omdat de ondersteuningsstructuur voor leren en onderwijzen geen statisch gegeven is en zowel regionaal als binnen en tussen de onderwijssectoren verschillen laat zien. De Beleidsreactie evaluatie passend onderwijs die 16 november 2020 in de Tweede Kamer aan de orde was, zet aan tot het werken aan inclusiever onderwijs en benadrukt dat de ondersteuningsstructuur in scholen en samenwerkingsverbanden versterkt moet worden om het mogelijk te maken dat leerlingen die extra c.q. specialistische ondersteuning behoeven goed onderwijs kunnen krijgen op (reguliere) scholen. Dit vraagt naast expertise op het gebied van speciale onderwijszorg ook om een nadrukkelijke inbreng van de jeugd-GGZ voor leerlingen met psychische en gedragsproblemen die leren en ontwikkeling beïnvloeden.

Wanneer met betrekking tot het onderwijs wordt gesteld dat scholen zich ontwikkelen van vindplaats voor problemen van jeugdigen naar werkplaats, waar instellingen in onderlinge afstemming en door geïntegreerde dienstverlening hun bijdrage aan leren, ontwikkeling en welbevinden van jeugdigen en hun gezinnen in en om de school inzetten en maximaliseren, past enige voorzichtigheid. Zeker, diverse aansprekende praktijkvoorbeelden demonstreren deze transformatie en de mogelijkheden die deze hebben om betere resultaten voor leerlingen én ondersteuning voor hun onderwijsgevenden te bieden. Dit is van belang voor alle jeugdigen, maar vooral ook voor kinderen en jongeren die kwetsbaar zijn, extra risico's lopen en in hun ontwikkeling, tijdelijk of voor langere tijd, bedreigd of belemmerd worden. We komen deze voorbeelden tegen in alle windrichtingen en in alle onderwijssectoren. Voorzichtigheid is echter geboden omdat onze bevindingen laten zien dat deze beeldvorming moet worden bijgesteld aangezien de werkelijkheid in veel scholen een heel ander gezicht heeft.

Er zijn diverse praktijkvoorbeelden die het succes laten zien van aandacht voor mentaal welbevinden in het onderwijs vanuit de samenwerking tussen onderwijs en (geestelijke) gezondheidszorg. Maar toch speelt de jeugd-GGZ in veel scholen en samenwerkingsverbanden nog niet of nauwelijks een rol van betekenis, is er nog geen werkrelatie met de zorgstructuur in het onderwijs ontwikkeld en blijft de jeugd-GGZ als gespecialiseerde voorziening opgesloten in de derde lijn. Aansprekende voorbeelden

die tonen dat het anders kan zijn niet voldoende om vergelijkbare praktijken op andere plekken te realiseren.

Vernieuwing en uitbreiding van deze praktijken vragen om een bredere bekendheid met en een positieve attitude ten opzichte van deze mogelijkheden, het werken aan visieontwikkeling en draagvlak en niet in de laatste plaats om randvoorwaarden voor voorbereiding, uitvoering en duurzame implementatie. Op basis van deze voorstudie zijn vervolgactiviteiten voor alle onderwijssectoren wenselijk op de verbinding onderwijs-gezondheidszorg. Voor het FNO-programma Geestkracht zijn vervolgactiviteiten gericht op het MBO wenselijk en kansrijk, inclusief de overgang van het voortgezet onderwijs naar het MBO. De aanbevelingen die door Defence for Children zijn aangegeven vanuit de juridische analyse kunnen hierin goed geïntegreerd worden. Als uitvoerings- en proeflocatie denken wij aan Amsterdam en MBO-locaties in Rotterdam, Eindhoven of Nijmegen, maar ook andere regio's zijn mogelijk.

De voorbereiding en uitvoering van vervolgactiviteiten kunnen georganiseerd worden volgens de principes van een professionele leergemeenschap waaraan sleutelfiguren in de zorgstructuur van het onderwijs, jeugdgezondheidszorg, instellingen voor jeugd-GGZ in de regio, gemeente(n), jeugdigen zelf en hun ouders en andere betrokkenen deelnemen. Het inzicht krijgen in psychische problemen van MBO-deelnemers, hun ondersteuningsbehoeften en de ondersteuning die vanuit de MBO-instelling en jeugd-GGZ en andere partijen feitelijk wordt geboden, vormen belangrijke bouwstenen van de dynamische foto die in de eerste fase van het voorgenomen project gemaakt wordt. In deze en de volgende fasen (ontwerpen en daarna uitvoeren van een passend verbeterplan) worden de volgende bevindingen uit het vooronderzoek kaderstellend meegenomen:

- Er wordt gewerkt vanuit de ondersteuningsstructuur voor leren en onderwijzen, dus geen activiteiten en programma's die niet ingebed zijn in de bestaande zorgstructuur voor studenten en docenten.
- Benut de kennispositie vanuit de zorgstructuur in het onderwijs en de jeugdgezondheidszorg om continuïteit in de begeleiding van en hulpverlening aan instromende jeugdigen in het MBO te realiseren (aanbeveling is ook om jeugdgezondheidsscreening te laten doorlopen na de 16e verjaardag).
- Vanuit deze kennispositie wordt de 'backbone' (onderwijs – jeugdgezondheidszorg) uitgebreid met inzet van de jeugd-GGZ ten dienste van het onderwijs. Inzet daarbij is niet alleen het opvolgen van signalen en geïdentificeerde problemen en ondersteuningsbehoeften van studenten op individueel niveau, maar ook het realiseren van leerkrachtondersteuning en het doen van suggesties voor preventieve activiteiten gericht op het schoolklimaat, vroegsignalering en de begeleidingsstructuur en het lesgeven. JGZ en de jeugd-GGZ ondersteunen daarbij het onderwijs, de studentenbegeleiding en zorgstructuur.
- De beoogde vervolgactiviteiten richten zich op het inbedden van de jeugd-GGZ in de ondersteuningsstructuur van het onderwijs (Mental health in schools-benadering), onder realistische uitvoeringscondities en met oog voor het belang van normalisering/inclusie en de rol van jeugdigen zelf (dus werkend vanuit een participatiemodel, en niet vanuit een specialisten- of betrokkenheidsmodel).
- Als ordeningsprincipes voor bepaling van de mogelijke inzet van de jeugd-GGZ stellen we een functionele benadering voor waarin onder meer aandacht is voor:
    - vroegsignalering, triage en diagnostiek
    - advies en consultatie voor professionals in het onderwijs
    - deskundigheidsbevordering
    - inzet preventieve programma's (universeel/selectief)
    - interventies/curatief en bij crisissituaties, in goede afstemming met het onderwijs (en studenten/ouders) en in, waar nodig, zorg/onderwijscombinaties.

Op proeflocaties wordt allereerst de startpositie van MBO-locaties inzichtelijk gemaakt (onder anderen qua zorgstructuur, kennispositie, behoeften/wensen van studenten en medewerkers), inclusief mogelijke verbeteractiviteiten. Deze vormt de basis voor een samenhangend projectplan, voorzien van

bestuurlijke rugdekking en een planning/fasering die realistisch is en duurzame implementatie mogelijk maakt. Elementen uit de door ons voorgestane benadering moeten in deze aanpak terugkomen (normalisering, actieve rol van studenten zelf, matching needs en services, aandacht voor publieke gezondheidszorg en het Mental Health in Schools-model, bestuurlijke rugdekking, werken via de backbone onderwijs–jeugdgezondheidszorg–(jeugd-)geestelijke gezondheidszorg, bestuurlijke rugdekking van het projectplan door schoolbesturen, gemeenten en zorgverzekeraars, en, niet onbelangrijk, het wegblijven van een aanpak met louter een menu met (effectieve) programma's. Inbedding van activiteiten in een school of opleiding, met een sterke begeleidings- en zorgstructuur staat daarbij centraal.

Referenties

Aarsen, E. van, Suijkerbuijk, A., Van Eck, P., Weijers, S., & Walraven, M. (2019). *Monitor samenwerkingsverbanden 2018. De voortgang van passend onderwijs 2018 volgens leidinggevenden*. Utrecht: Oberon.

Adelman, H.S., & Taylor, L. (1998). Reframing mental health in schools and expanding school reform. *Educational Psychologist, 33*(4), 135-152.

Adelman, H.S., & Taylor, L. (2014). Embedding School Health into School Improvement Policy. *International Journal of School Health*, 1(3): e24546.

Arum, S. van, Broekroelofs, R., & van Xanten, H. (2020). *Sociale (wijk)teams: vijf jaar later*. Utrecht: Movisie.

Boer, A. de, & Van der Worp, L. (2016). *Impact van passend onderwijs op het SO-SBO-VSO*. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

Caspi, A. & Moffitt, T.E. (2018). All for One and One for All: Mental Disorders in One Dimension. *American Journal of Psychiatry* 175 (9), 831-844.

Doesum, T. van, Gee, A. de, Bos, C., & Zanden, R. van den (2019). *KOPP/KOV: Een wetenschappelijke onderbouwing van de cijfers.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Eimers, T, & Kennis, R. (2019). *Passend onderwijs in het mbo. Derde meting monitor*. Nijmegen: KBA Nijmegen.

Eimers, T., Ledoux, G., & Smeets, E. (2016). *Passend onderwijs in de praktijk. Casestudies in het primair en voortgezet onderwijs en het middelbaar beroepsonderwijs*. Nijmegen/Amsterdam: KBA Nijmegen/Kohnstamm Instituut.

Eimers, T., Leest, B., Jenniskens, T., & Beurskens, K. (2020). *Studeren met psychische problemen in het mbo*. Nijmegen: KBA.

Expertgroep BGZJ. (2017). *Passende zorg en behandeling voor jeugdigen*.

Faculty of Public Health & Mental Health Foundation (2016). *Better Mental Health for All: A Public Health Approach to Mental Health Improvement*. London: Faculty of Public Health and Mental Health Foundation

Friele, R.D., Hageraats, R., Fermin, A., Bouwman, R., & Van der Zwaan, J. (2019). *De jeugd-GGZ na de Jeugdwet: een onderzoek naar knelpunten en kansen.* Nivel: Utrecht.

Gezondheidsraad (2018). *De ouder-kindrelatie en jeugdtrauma's*. Den Haag: Gezondheidsraad.

Gezondheidsraad (2018). *De ouder-kindrelatie en jeugdtrauma's*. Den Haag: Gezondheidsraad.

Hal, I. van, Tierolf, B., Rooijen, M. van, & Hoff, M. van der (2019). *Een actueel perspectief op kinderen en jongeren met een chronische aandoening in Nederland: Omvang, samenstelling en participatie* (p. 22). Utrecht: Verwey Jonker instituut.

Havinga, P.J., Boschloo, L., Bloemen, A.J.P., Nauta, M.H., Vries, S.O. de, Penninx, B.W.J., Schoevers, R.A., & Hartman, C.A. (2017). Doomed for disorder? High incidence of mood and anxiety disorders in offspring of depressed and anxious patients: a prospective cohort study. *Journal of Clinical Psychiatry,* 78(1) 8-17.

Hilderink, H.B.M., & Verschuuren, M. (2018). *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht. Synthese.* Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

http://www.gezondheidsfondsen.nl/leerlingen-leerkrachten-en-gezondheidsorganisaties-willen-meer-aandacht-voor-sociaal-emotionele-vaardigheden-in-het-onderwijs/

https://www.ncj.nl/mazl/

https://www.trimbos.nl/actueel/blogs/blog/tijd-voor-schoollessen-over-omgaan-met-emoties

https://www.welbevindenopschool.nl/

Kamerstukken II 2012/13, 33684, 3 (MvT).

Kennis, R., Jager, A. Eimers, T. (2018). *Schoolmaatschappelijk werk in het MBO*. Nijmegen: KBA.

Kessler, R.C., Amminger, G.P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., & Bedirhan Ustun, T. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 20(4):350-364.

Kleinjan, M., Bolier, L., Onrust, S., & Monshouwer, K. (2016). *Mentale weerbaarheid en mentaal welbevinden in de schoolsetting*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Kleinjan, M., Pieper, I., Stevens, G., van de Klundert, N., Rombouts, M., Boer, M., & Lammers, J. (2020). *Geluk onder druk? Resultaten van onderzoek naar mentaal welbevinden van jongeren in Nederland*. Den-Haag: Unicef.

Lammers, J. (2016). *Bevorderen van het psychisch welbevinden op school: wat werkt?* Utrecht: Trimbos-instituut/Pharos.

Lawson, H.A. & van Veen, D. (2017). *Developing community schools, community learning centers, extended-service, and multi-service schools: International exemplars for practice, policy, and research.* The Hague, NL: Springer International.

Ledoux, G. & Waslander, S., m.m.v. Eimers, T. *Evaluatie passend onderwijs Eindrapport Mei 2020* Amsterdam: Kohnstamm Instituut | Tilburg: TIAS School for Business and Society, Tilburg University| Nijmegen: KBA Nijmegen (Rapport 1047, projectnummer 20689) Dit is publicatie nr.74 in de reeks Evaluatie Passend Onderwijs

Manen, J. van., Vink, C., & Valkestijn, M. (2018). *Participatie van jongeren met psychische problemen. Hoe lokale voorzieningen en initiatieven kunnen bijdragen aan de mentale gezondheid van jongeren.* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Meijer, S.A., Smit, F., Schoenmaker, C.G., & Cuijpers, P. (2006). *Gezond verstand: evidence based preventie van psychische stoornissen.* Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

Mills, C., Mulloy, M., Weist, M. (2011). Realizing the possibilities of school mental health across the public health continuum. In Cohen, N., & Galea, S. (Eds.). *Population Mental Health*. *Evidence, policy, and public health practice* (pp. 224-247). London and New York: Routledge.

Mulloy, M.A., & Weist, M.D. (2013). Implementing a Public Mental Health Framework within Schools". In: *Public Mental Health*. Knifton, L. & Quinn, N.(eds). New York: McGraw-Hill.

Nuijen, J., Bolier, L., Doesum, T. van, Poel, A. van der, & Kleinjan, M. (2019). *Quickscan: kwetsbare jongvolwassenen met psychische problematiek*. Utrecht: Trimbos-instituut.

Raaijmakers, F., Klein Velderman, M. Specialistische ondersteuning in de basiszorg voor jeugd. In: *Tijdschrift Gezondheidswetenschappen* (19 augustus 2020).

RIVM, Trimbos-instituut, & Amsterdam-UMC. (2019). *Mentale gezondheid van jongeren: enkele cijfers en ervaringen*. Bilthoven: RIVM Retrieved from https://www.rivm.nl/sites/default/files/201905/011281_120429_RIVM%20Brochure%20Mentale%20Gezondheid

Rooijen, M. van, & Strating, G. (2020). *Ervaringen met het doorverwijzen naar specialistische jeugdhulp in de gemeente Amsterdam.* Utrecht: Stichting Alexander en Verwey jonker instituut.

Schoemaker, C., Kleinjan, M., Borg, W. van der, Busch, M., Muntinga, M., Nuijen, J., & Dedding, C. (2019). *Mentale gezondheid van Jongeren: enkele cijfers en ervaringen*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Trimbos-instituut en Amsterdam UMC.

Siegenthaler, E., Munder, T. & Egger, M. (2012). Effect of preventive interventions in mentally ill parents on the mental health of the offspring: a systematic and meta-analysis. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 51(1):8-17

Smeets, E., Ledoux, G., & Van Loon-Dikkers, L. (2019). *Passend onderwijs in de klas. Tweede meting in het basisonderwijs en voortgezet onderwijs.* Nijmegen/Amsterdam: KBA/Kohnstamm Instituut.

Smeets, E. & Van Veen, D., m.m.v. Van der Steenhoven, P. (2016). *Monitor Ondersteuningsaanbod. Ondersteuning voor leerlingen en teamleden in het basisonderwijs, voortgezet onderwijs, speciaal onderwijs en voortgezet speciaal onderwijs, schooljaar 2015-2016*. Nijmegen/Zwolle: KBA Nijmegen/Hogeschool Windesheim.

Staal, W.G. (2018). *Autisme, de noodzaak tot integratie van kennis, organisatie en perspectieven.* Leiden: Universiteit Leiden. Oratie, uitgesproken door prof. dr. W. G. Staal bij aanvaarding van het ambt van hoogleraar op het gebied van autismespectrumstoornissen: neurobiologie, neurocognitie en behandeling aan de universiteit Leiden, 4 mei 2018).

Staal, W. (2019). *Erop Uit*! Nijmegen: Radboud Universiteit. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Psychiatrie aan de Radboud Universiteit/het Radboud umc op vrijdag 14 juni 2019.

Stevens, G., Dorsselaer, S. van, Boer, M., Roos, S. de, Duinhof, E., Bogt, T. ter, Eijnden, R. van den, Kuyper, L., Visser, D., Vollebergh, W., & Looze, M. de (2017). *Gezondheid en welzijn van Jongeren in Nederland*. *HBSC 2017*. Utrecht: Universiteit Utrecht, Trimbos-instituut en Sociaal Cultureel Planbureau.

Steijn, L. van, Winter, A.F. de & Reijneveld, S.A. (2015). Leefstijl en psychosociale gezondheid bij adolescenten. Een extra contactmoment in de jeugdgezondheidszorg. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde, 159: A8530, 1-7.

Stoltz, S., van Londen, M., ten Brinke, L., & Deković, M. (2018). Alles Kidzzz in de dagelijkse praktijk: Implementatie van een Evidence-Based Interventie. *Kind en Adolescent*, 39, 41-57.

Udo, N. (2019). *Samenwerking tussen huisarts en wijkteam*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Van der Grinten, M., Walraven, M., Kooij, D., Bomhof, M., Smeets, E., & Ledoux, G. (2018). *Landelijke inventarisatie aansluiting onderwijs en jeugdhulp*. Utrecht/Nijmegen/Amsterdam: Oberon/KBA/Kohnstamm Instituut.

Van der Steenhoven, P. & Van Veen, D. (2011). *Monitor ZAT's, zorgteams en leerlingenzorg in het primair onderwijs 2010.* Utrecht: Nederlands *Jeugdinstituut*

Van der Steenhoven, P. & Van Veen, D. (2012). *Monitor Leerlingenzorg en ZAT's in het voortgezet onderwijs 2011*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Van der Steenhoven, P. & Van Veen, D. (2011). *Monitor Leerlingenzorg en ZAT's in het (voortgezet) speciaal onderwijs 2010.* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Van der Steenhoven, P. & Van Veen, D. (2012). *Monitor Deelnemerszorg en ZAT's in het middelbaar beroepsonderwijs 2011*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Van Veen, D. (red.) (1998). *Aanval op schoolverzuim en schooluitval. Vernieuwingsprojecten in gemeenten en beleidsmatige ontwikkelingen*. Leuven/Apeldoorn: Garant.

Van Veen, D. (1999). Terugzien voor morgen: verkennende opmerkingen over samenwerking tussen de jeugdzorg en het onderwijs. In Bosdriesz, M. & van Veen, D. (red.). *Samenwerking Onderwijs & Jeugdzorg*. Utrecht: Uitgeverij SWP (pp. 9-41).

Van Veen, A.F.D. (2006). *Vernieuwing van het onderwijs en jeugdbeleid in grote steden.* Lectorale rede. Amsterdam: Hogeschool Inholland.

Van Veen, D. et al., (2008). *Kwaliteitskader en handreikingen voor Zorg- en Adviesteams*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut/Onderwijs & Jeugdzorg/LCOJ.

Van Veen, D. (2012). Naar betere zorg en leerresultaten voor leerlingen: het onderwijs en samenwerking met jeugdzorg, welzijn en gezondheidszorg. In Klarus, R. (red.), *Wat is goed onderwijs? Capita selecta*. Den Haag: Boom/Lemma (pp. 303-324).

Van Veen, D., Huizenga, P. & van der Steenhoven, P. (2017). *Monitor Gemeenten en passend onderwijs 2017. Bestuurlijk overleg en de afstemming met jeugdhulp*. Amsterdam: Nederlands Centrum Onderwijs & Jeugdzorg. Dit is publicatie nr. 16 in de reeks Evaluatie Passend Onderwijs.

Van Veen, D. (2020). *Intensieve samenwerking en integratie van speciaal en regulier onderwijs. Introductie bij een tiental praktijkvoorbeelden*. Utrecht: Steunpunt Passend Onderwijs en NCOJ (pp.9-17).

Waslander, S. (2020). *Passend onderwijs in pers en politiek*. Eindrapport. Tilburg: TIAS: School for Business and Society.

Weghorst, M., Drost, N., & Hulsen, P. van (2020). *Richt je aandacht op aanwezigheid. Beter Begeleiden* LBBO (november 2020), 20-23.

Winter-Koçak, S. de, Klooster, E., & van Vugt, R. (2019). *MIND Young Academy. Evaluatieonderzoek*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.www.schoolenveiligheid.nl/po-vo/kennisbank/pesten-en-aansprakelijkheid scholen-SSV/

www.buurtteamsutrecht.nl/mbo/onderwerpen

www.gezondeschool.nl

www.jijenjegezondheid.nl/info

www.omgaanmetdepressie.nl

www.welbevindenopschool.nl

Zanden, R. van der, Haverman, M., & Poel, A. van der (2016). *KOPP/KVO. Resultaten van een rondgang in de uitvoeringspraktijk van preventie, zorg en ondersteuning voor kinderen van ouders met psychische problemen (KOPP) en kinderen van verslaafde ouders (KVO).* Utrecht: Trimbos-instituut.

Geraadpleegde professionals

We willen de volgende mensen bedanken voor de input die ze op bepaalde onderdelen van de tekst in het tweede deel van de voorstudie, (Jeugd-Geestelijke) Gezondheidszorg en het Onderwijs, hebben geleverd. Het spreekt voor zich dat de auteurs van dit deel, Dolf van Veen en Paul van der Velpen, verantwoordelijk zijn voor de tekst zelf.

Howard Adelman	Hoogleraar Psychologie en directeur School Mental Health Project & Center for Mental Health in Schools, UCLA, Verenigde Staten
Hans Bos	Beleidsmedewerker Samenwerkingsverband PO/VO Dordrecht
Marij Bosdriesz	Senior-adviseur/ontwikkelaar Nederlands Centrum Onderwijs en Jeugdzorg (NCOJ)
René Bruijn	Strategisch adviseur Nederlands Centrum Onderwijs en Jeugdzorg NCOJ)
Adele Diepenmaat.	Projectleider Hart en Ziel bij GGD Amsterdam
Ingrid van Dillen	Teamcoördinator/Jeugdarts MBO van GGD Amsterdam
Stephan Haksteeg	Senior-adviseur Jeugd & Onderwijs, Gemeente Dordrecht
Yvette van Hooft	Directeur/Bestuurder SWV PO/VO Dordrecht
Marloes Kleinjan	Hoogleraar Youth Mental Health Promotion bij Trimbos-instituut en Universiteit Utrecht
Hal Lawson	Hoogleraar Educational Policy and Leadership, en hoogleraar Social Welfare, SUNY, Verenigde Staten
Athanasios Maras	Directeur Yulius Academie, Barendrecht
Lyna Polikar	Projectleider Suïcidepreventie GGD Amsterdam
Wouter Staal	Hoogleraar Psychiatrie (Radboud Universiteit) en hoogleraar Autismespectrumstoornissen: neurobiologie, neurocognitie en behandeling (Universiteit Leiden)
Dorrit Verkade	Senior-adviseur Jeugd & Onderwijs, Gemeente Dordrecht
Anouk Wisse	Projectleider Jij en je gezondheid bij GGD Amsterdam