

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

3028

Vragen van de leden **Koşer Kaya** (D66), **Dibi** (GroenLinks), **Bouchibti** (PvdA), **Dezentjé**

Hamming-Bluemink (VVD), **Langkamp** (SP), **Van der Vlies** (SGP) en **Ferrier** (CDA) aan de minister voor Jeugd en Gezin en de staatssecretaris van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, mw. Dijkma, over het bericht dat te veel kinderen in Nederland een psychiatrisch etiket krijgen opgeplakt. (Ingezonden 1 april 2009)

1
Kent u het bericht dat te veel kinderen in Nederland een psychiatrisch etiket opgeplakt krijgen?¹

2
Is het bericht waar dat het aantal Nederlandse jongeren met een psychiatrische diagnose explosief stijgt?

3
Hoe verhoudt deze stijging zich volgens u tot onderzoek waaruit blijkt dat het aantal probleemkinderen in Nederland de afgelopen twintig jaar gelijk is gebleven?

4
Is het bericht waar dat deze kinderen hierdoor onnodig vaak in het speciaal onderwijs terechtkomen en later vaak in een uitkering belanden? Zo ja, wat is hiervan volgens u de oorzaak?

5
Onderschrijft u de analyse dat scholen baat hebben bij een indicatie

van deze leerlingen in verband met de doorverwijzing van deze kinderen naar het speciaal onderwijs of de subsidie die deze leerlingen meebrengen?

6
Welke maatregelen bent u van plan te nemen om deze perverse prikkels uit het systeem ongedaan te maken?

7
Hoe vaak wordt het psychiatrisch etiket van deze kinderen geëvalueerd?

8
Wat gebeurt er met deze kinderen als later blijkt dat hun psychiatrische stoornis is veranderd of genezen? Hoe verandert dit hun schoolsituatie en wat betekent dit voor hun dossier?

¹ Elsevier, 26 maart 2009, Is de Nederlandse jeugd echt knettergek?; zes jaar en bij de psychiater: steeds meer jonge kinderen krijgen een psychiatrisch etiket opgeplakt en komen er niet meer vanaf.

Antwoord

Antwoord van minister **Rouvoet** (Jeugd en Gezin), mede namens de staatssecretaris van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, mw. **Dijkma** en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (ontvangen 23 juni 2009)

1
Ja, dit bericht is mij bekend.

2 en 3
Cijfers over de prevalentie van psychische stoornissen bij jeugdigen

verschillen tussen onderzoeken, vooral door verschillen in definities en methoden. Als de groep wordt beperkt tot psychische stoornissen bij jeugdigen tot 18 jaar in combinatie met duidelijk disfunctioneren, dan spreken we over 5-6% van de jeugdigen. Dit zijn zo'n 180.000-200.000 jeugdigen (bron: Verhulst, Handboek psychiatrische epidemiologie). Dit aandeel is de afgelopen twintig jaar stabiel gebleven en ligt in Nederland niet hoger dan in andere Westerse landen.

De vraag naar jeugd-ggz is de afgelopen jaren wel gestegen. GGZ-Nederland heeft in 2007 120.000 gestarte zorgtrajecten geregistreerd. Het aantal unieke gebruikers ligt overigens lager, vanwege dubbeltellingen in de cijfers. TNO-onderzoek geeft onder andere als verklaring voor de toegenomen vraag aan dat de vroegsignalering en diagnostiek is verbeterd, dat de samenleving afwijkend gedrag minder tolereert en dat mensen steeds mondiger zijn geworden en sneller zorg vragen. De verbeterde diagnostiek zorgt er voor dat er inderdaad meer kinderen een «psychiatrisch etiket» opgeplakt krijgen. Dit etiket is ook terecht wanneer dit is gebeurd door een professional, die dit aan de hand van de criteria uit de DSM IV

(classificatie-instrument in de ggz) opstelt.

Het artikel stelt denk ik terecht dat er financiële prikkels liggen om een diagnose te stellen. Het is bijvoorbeeld een voorwaarde om in aanmerking te komen voor een persoonsgebonden budget. Echter, de jeugd-ggz handelt pas nadat er individuele diagnostiek heeft plaatsgevonden waarbij is vastgesteld wat de ernst van de beperkingen is en wat de aanpak moet zijn.

Overigens zal ik in lijn met het advies van de Task Force Linschoten nagaan of het mogelijk is de indicatiestelling voor jeugd-GGZ verder te optimaliseren door de introductie van een beschrijvende diagnose van een BIG-geregistreerde professional. Terzijde merk ik op dat er niet alleen sprake is van een toename van het gebruik van de GGZ-zorg bij jeugdigen. In de periode 2000–2007 kende de GGZ een jaarlijkse volumegroei van ruim 6%.

4

De problematiek van de groei van het aantal leerlingen met een indicatie voor het (voortgezet) speciaal onderwijs ((v)so) of leerlinggebonden financiering (Igf) staat al een aantal jaren op de agenda. Onder het vorige kabinet is een aantal rapporten over de groei naar de Kamer gestuurd (Kamerstukken 2005/2006, 30 300 VIII, nr. 267). In de rapporten zijn de verschillende aspecten van de groei uitvoerig belicht. Algemene conclusie was dat er niet één oorzaak is aan te wijzen maar dat het gaat om een complex van interacterende factoren. Ook is naar aanleiding van de onderzoeken een aantal maatregelen getroffen. Zo zijn de indicatiecriteria aangepast en is het toezicht op de uitvoering van de indicatiestelling ondergebracht bij de inspectie. Daarnaast is en wordt gewerkt aan het vergroten van het draagvlak in de scholen via het project Gedragswerk, de ontwikkeling van de Zorgadviesteams (ZAT's) en Passend onderwijs.

De groei van de vraag doet zich niet alleen voor in het onderwijs. Ook het gebruik van AWBZ-voorzieningen, de jeugdzorg, jeugd ggz en de Wajong groeit. Daarom is ook interdepartementaal naar deze groei gekeken. Dit heeft ondermeer geleid tot de aanpassing in de Wajong, waar meer nadruk komt op participatie en

tot nader onderzoek, waaronder het verzoek om advies aan de Gezondheidsraad over autisme. Ook leidt de groei tot problemen voor de speciale scholen, met name het vinden voldoende kwalitatief goed personeel is lastig. De groei leidt ook tot problemen voor de Rijksbegroting. Zoals Staatssecretaris Dijkema in de brief van juni 2007 (Kamerstukken 2006/2007, 27 728, nr. 98) heeft aangegeven, is bij Voorjaarsnota 2007 € 140 miljoen geïnvesteerd om de groei te bekostigen. Daarbij is afgesproken dat het bedrag dat daarmee in de Rijksbegroting wordt gerealiseerd voor zorgleerlingen ook het budgettaire kader is voor Passend onderwijs.

Tot slot, is het huidige indicatiesysteem sterk gericht op wat kinderen niet kunnen en biedt het systeem (te) weinig mogelijkheden voor maatwerk. Als een leerling voldoet aan de criteria volgt een vast bedrag aan extra middelen, ongeacht de ernst van de onderwijsbeperking. Door de invoering van budgetfinanciering in het kader van Passend onderwijs wil ik aan deze nadelen een eind maken. Regionale netwerken krijgen dan de ruimte om gedifferentieerde zorg te ontwikkelen.

5

Een indicatie voor een leerling leidt of tot extra middelen in de vorm van Igf of tot de mogelijkheid om de leerling te verwijzen naar het (v)so. Indicatiestelling leidt daarmee tot de mogelijkheid om extra zorg te bieden. Leerlingen die geïndiceerd worden hebben altijd problemen die om extra inzet van de school vragen. Dit wil niet zeggen dat de toegekende middelen altijd in de volle omvang nodig zijn en dat de middelen altijd effectief worden ingezet. Staatssecretaris Dijkema zal de Kamer begin juni informeren over de uitkomsten van een onderzoek naar de inzet van de zorgmiddelen.

6

In het kader van Passend onderwijs is voorgesteld de huidige bekostigingssystematiek van het (v)so/Igf om te zetten in een gebudgetteerde bekostiging. Dit biedt maximale ruimte aan het veld om afhankelijk van de ondersteuningsbehoefte van het kind maatwerk te leveren. Nu voldoet een leerling of wel of niet aan de criteria en krijgt dan ofwel een volledige Igf

of niets. In werkelijkheid is de situatie niet zo zwart-wit. De ene leerling met bijvoorbeeld autisme heeft veel meer begeleiding nodig dan de andere. Die ruimte om ondersteuning op maat in te zetten heeft het systeem nu niet. In overleg met de Kamer wordt de wetgeving Passend onderwijs gefaseerd. Inzet is om in 2011 wetgeving in te voeren voor de regionale netwerken, het inrichten van één loket voor de indicatiestelling en het inrichten van een onderwijscontinuüm (van regulier onderwijs tot (v)so en met (flexibele) tussenvoorzieningen als «auti-klassen») waarbinnen voor alle leerlingen een passend onderwijsaanbod geboden moet worden. Zo spoedig mogelijk daarna volgt de invoering van de budgetfinanciering. Tot die tijd, blijft de huidige systematiek van toepassing. Dat is noodzakelijk omdat de indicatiestelling ook fungeert als beheersinstrument.

Wat betreft de aanzuigende werking van het pgb in de AWBZ, is vermeldenswaardig dat sinds 1 januari 2009 de pakketmaatregelen van kracht zijn geworden. Daarin zijn de toegangsvoorwaarden tot de AWBZ-functie begeleiding, aangescherpt. Ook zijn al diverse andere maatregelen genomen om het pgb solide, zuiver en toekomstbestendig te maken zoals aan Uw Kamer is meegedeeld in de brief van 7 januari jl. over de voortgang «zuiver» pgb (TK 2008–2009, 30 597, nr. 46). Er heeft zoals bekend onderzoek plaatsgevonden naar de zogenaamde pgb bemiddelingbureaus en naar fraude met het pgb. Naar aanleiding hiervan zijn er meer maatregelen in voorbereiding waarover de Kamer onlangs is geïnformeerd. Deze maatregelen hebben tot doel de aanzuigende werking van het pgb te voorkomen en het pgb te behouden voor de groep waarvoor het is bedoeld: namelijk voor mensen met een langdurige zorgbehoefte die bewust voor een pgb kiezen en in staat zijn de regie te voeren over hun eigen zorg.

Naast deze maatregelen zal ook het aanbod in de GGZ beter worden toegesneden op kinderen met psychiatrische stoornissen. Binnen de principes van de Zorgverzekeringswet zijn hiervoor de zorgverzekeraars en het veld aan zet. Vanuit VWS zal dit traject worden gevolgd.

Zorgverzekeraars Nederland, ouderverenigingen en GGZ-Nederland is verzocht dit samen op te pakken

7

Bij veel psychische stoornissen is sprake van een aangeboren aanleg. Dat betekent dat kinderen met psychische beperkingen opgroeien en hiervan niet kunnen genezen. Dit speelt onder andere bij autisme. Een dergelijke diagnose hoeft dus niet tussentijds te worden geëvalueerd, tenzij er nieuwe of ergere klachten ontstaan. Ook kan het zijn dat de beperkingen minder worden doordat men er mee leert leven. Waar de jeugd-ggz vooral naar kijkt is wat de ernst van de beperkingen is en wat de aanpak zou moeten zijn. Dit is ook afhankelijk van het gezin waarin de jeugdige opgroeit. Kunnen deze ouders het kind met deze beperkingen aan of hebben zij hierbij hulp nodig. Wanneer een kind bijvoorbeeld een terugkerende depressie heeft zal steeds opnieuw door de behandelaar worden gekeken welke hulp het beste kan worden ingezet.

8

Zoals in het antwoord op de vragen 2, 3 en 7 is aangegeven, zijn sommige psychische stoornissen als autisme en ADHD aangeboren. In veel gevallen zijn deze kinderen dan ook (in meer of mindere mate) blijvend aangewezen op behandeling en begeleiding. Deze moet erop worden gericht het functioneren van kinderen met aangeboren psychische stoornissen te verbeteren en hun kwetsbaarheid te verminderen zodat ze mee kunnen blijven doen op school, thuis en in vrije tijd, zoals bijvoorbeeld op sportclubs. Overigens ligt er ook bij dergelijke maatschappelijke organisaties een verantwoordelijkheid om deze kinderen – in overleg met ouders of begeleiders – zoveel mogelijk in de normale routine mee te nemen. Van psychische stoornissen als angst en depressie kunnen kinderen wel genezen maar bij deze aandoeningen is er een kans dat het terugkomt. Behandeling en begeleiding is bij deze kinderen niet voortdurend nodig. Bij een eventuele terugkeer van de problemen zal opnieuw moeten worden beoordeeld wat er precies aan de hand is en welke behandeling nodig is. Het is primair de verantwoordelijkheid van ouders

om hulp te zoeken voor het kind met klachten. Gelukkig gebeurt dit meestal ook.

Wat onderwijs betreft, geldt dat een kind een indicatie voor (v)so/lgf krijgt voor drie jaar. Na die periode is een herindicatie nodig. Dan wordt opnieuw bezien wat de problematiek van de leerling is en of deze nog steeds is aangewezen op extra ondersteuning in de vorm van (v)so/lgf.