



Vlaams
Parlement

stuk **872** (2010-2011) – Nr. 5
ingediend op 24 januari 2011 (2010-2011)

Hoorzitting

met het oog op het wetenschappelijk duiden
van de problematiek, met professor Dirk Deboutte,
kinderpsychiatrie, Universiteit Antwerpen,
en mevrouw Lut Celie, psychotherapeut

Verslag

namens de Commissie Jeugdzorg
uitgebracht door de dames Marijke Dillen,
Mieke Vogels en Katrien Schryvers

Samenstelling van de commissie:

Voorzitter: mevrouw Else De Wachter.

Vaste leden:

de dames Kathleen Helsen, Vera Jans, Tinne Rombouts, Katrien Schryvers;
mevrouw Marijke Dillen, de heer Felix Strackx, mevrouw Gerda Van Steenberge;
de heer Peter Gysbrechts, mevrouw Vera Van der Borgh;
de heer John Crombez, mevrouw Else De Wachter;
de dames Lies Jans, Helga Stevens;
mevrouw Ulla Werbrouck;
mevrouw Mieke Vogels.

Plaatsvervangers:

de heren Tom Dehaene, Jan Durnez, de dames Cindy Franssen, Sabine Poleyn;
de heren Chris Janssens, Erik Tack, Wim Wienen;
de dames Gwenny De Vroe, Lydia Peeters;
de dames Yamila Idrissi, Güler Turan;
de dames Vera Celis, Danielle Godderis-T'Jonck;
de heer Boudewijn Bouckaert;
mevrouw Elisabeth Meuleman.

Stukken in het dossier:

872 (2010-2011) – Nr. 1 t.e.m. 4: Verslagen over hoorzitting

INHOUD

I. Uiteenzetting door Professor Dirk Deboutte, kinderpsychiatrie, Universiteit Antwerpen	5
1. Inleiding	5
2. Het doel.....	5
3. De behoefte	6
3.1. De doelgroep	6
3.2. Risicogroepen	6
3.3. Psychopathologie en POS	7
3.4. (Risico)factoren – cumulatief effect	8
4. Het aanbod	9
4.1. Het specifieke aanbod	9
4.2. Kinder- en jeugdpsychiatrie	9
4.3. Overzicht België for K-middelen – januari 2009	10
4.4. Gebruik bedden (gezondheidszorg) België 1997-2006	10
4.5. Aantal bedden voor crisisopname.....	10
4.6. Woonplaats van het kind en psychiatrische dienst.....	10
5. De effecten	11
5.1. Wat bepaalt de effecten?.....	11
6. Jeugdzorg: vraag, gebruik en satisfactie	12
7. Anders en beter, maar hoe dan?.....	12
8. Preventie: de zorg voor jeugd.....	13
8.1. Preventie: maatschappij, ouders en school	13
8.2. Opvoeden	13
8.3. Ouderschapsbekwaamheid.....	14
9. Curatie: de jeugdzorg.....	15
9.1. Wat bepaalt de aard en intensiteit van zorg?	15
9.2. Resultaat.....	16
9.3. Basiswaarden voor doelmatige zorg	16
9.4. Principes	16
9.5. Intensiteit.....	16
9.6. Uitwerking.....	16
9.7. Niveaus van intensiteit.....	17
9.8. Evaluatie netwerktafels	17
9.9. Aanbevelingen	18

II. Uiteenzetting door mevrouw Lut Celie, psychotherapeut.....	20
1. Maatschappelijke verklaringen voor de voortdurend stijgende instroom van kinderen en jongeren in de (bijzondere) jeugdzorg en de geestelijke gezondheidszorg.....	20
1.1. Toelichting.....	20
1.2. Visie.....	20
1.2.1. Microklimaat.....	20
1.2.2. Macroklimaat.....	21
1.2.3. Invloed van deze dynamische maatschappij op kinderen	21
1.2.4. Wat tonen kinderen en jongeren in het omgaan met verlies en emotionele pijn?	23
1.3. Feiten en cijfers.....	23
2. Beleidsvoorstellen op korte, middellange en lange termijn die de stijgende instroom moeten tegengaan.....	24
2.1. Preventie	24
2.1.1. Algemeen	24
2.1.2. Op nestniveau.....	25
2.1.3. Op schoolniveau.....	25
2.2. Curatief: uitbreiding laagdrempelige ambulante zorg.....	25
III. Vragen van de leden	26
Gebruikte afkortingen	31
Bijlagen	
Bijlage 1: Presentatie van prof. dr. Dirk Deboutte.....	33
Bijlage 2: Presentatie van mevrouw Lut Celie.....	61

Op voorstel van de Commissie voor Welzijn, Volksgezondheid, Gezin en Armoedebeleid heeft het Vlaams Parlement beslist een themadebat te houden over jeugdzorg. Daartoe werd de Commissie Jeugdzorg opgericht. Deze commissie ad hoc gaat op zoek:

- (1) naar maatschappelijke verklaringen voor de voortdurend stijgende instroom van kinderen en jongeren in de (bijzondere) jeugdzorg en de geestelijke gezondheidszorg, en
- (2) naar beleidsvoorstellen op korte, middellange en lange termijn die de voortdurend stijgende instroom moeten tegengaan. Belangrijk daarbij is dat die beleidsvoorstellen niet uitsluitend geïmplementeerd dienen te worden binnen het beleidsdomein Welzijn, maar bijvoorbeeld ook binnen de beleidsdomeinen Jeugd, Sport, Onderwijs of Cultuur.

Op 10 november 2010 hield de Commissie Jeugdzorg een hoorzitting met het oog op het wetenschappelijk duiden van de problematiek. Gehoord werden prof. dr. Dirk Deboutte, kinderpsychiatrie, Universiteit Antwerpen en mevrouw Lut Celie, psychotherapeut.

I. UITEENZETTING DOOR PROFESSOR DIRK DEBOUTTE, KINDERPSYCHIA- TRIE, UNIVERSITEIT ANTWERPEN

1. Inleiding

De heer Dirk Deboutte: Voorzitter, leden van de commissie, ik dank u voor de uitnodiging. Op het einde van mijn carrière kijk ik hier vanuit een helicoptervisie naar de jeugdzorg. Dat einde van de carrière moet u niet zo letterlijk nemen, maar ook al wil men langer werken, men wordt maatschappelijk toch aangesproken om te gaan. Daar moet u iets aan doen.

Mijn uiteenzetting betreft de jeugdzorg. Ik wil spreken over (1) de doelstellingen van de jeugdzorg, (2) de behoefte aan jeugdzorg, (3) het huidig aanbod en het effect van dat aanbod, (4) de vraag naar jeugdzorg, het gebruik van het aanbod en de tevredenheid over het aanbod en (5) manieren waarop het anders en beter zou kunnen.

2. Het doel

Ik wil even een uitspraak onder de aandacht brengen die we te allen tijde in de gaten moeten houden. De zorg voor kinderen is de belangrijkste parameter voor uitspraken over hoe een groep of maatschappij het doet. We moeten ervoor zorgen dat alle kinderen en jongeren de verwachte cognitieve, sociale en emotionele competenties en weerbaarheid bereiken, een veilige gehechtheid ontwikkelen en bevredigende sociale relaties uitbouwen om persoonlijke engagementen en maatschappelijke bijdragen te realiseren. Dat veronderstelt een positief betrokken en competentiebevorderende context. Dat laatste slaat op het gezin, de school en de maatschappij.

Een belangrijk punt in de discussie over de jeugdzorg is het onderscheid tussen de zorg voor jeugd en de jeugdzorg. De zorg voor jeugd is een brede maatschappelijke opdracht die met de daarnet vermelde doelstelling te maken heeft. De twee pijlers zijn het gezin en het onderwijs. Het onderwijs behoort overigens niet tot de professionele hulpverlening. Het is een basispijler om de doelstellingen te bereiken. De jeugdzorg is het professioneel systeem van zorg ter voorkoming van, correctie van en ondersteuning bij eventuele ontwikkelingsproblemen of -stoornissen. Als kinder- en jeugdpsychiater spreek ik in dergelijke termen.

We beschikken daarvoor over drie grote systemen: de welzijnssector, de gezondheidszorg en de justitie. Elk systeem heeft zijn eigen maatschappelijke opdracht en doelstelling. Elk systeem heeft zijn eigen systemen en zijn professionals. Een van de vaststellingen is dat tussen deze drie systemen ontzettend grote schotten zitten. Dat geldt voor volwassenen, maar zeker ook voor de jeugd.

Die schotten zijn reëel. Ik spreek uit ervaring. Wie met zijn kind ooit bij een kinder- en jeugdpsychiater is geweest en later toevallig hulp van de bijzondere jeugdbijstand nodig heeft, kan beter niet vermelden dat hij ooit al bij een psychiater is geweest. In dat geval gaat het namelijk om psychiatrie en wordt het kind gewoon naar de psychiatrie gestuurd.

Er zijn talloze voorbeelden. Een van die voorbeelden betreft een onderzoek dat ik jaren geleden zelf heb uitgevoerd. Hoewel het onderzoek in Nederland is gevoerd, geldt in Vlaanderen net hetzelfde. Op het vlak van de ontwikkeling kunnen een aantal factoren worden gedefinieerd die bepalen of een kind in de welzijnssector of in de gezondheidszorg terecht komt. Eens iemand in een systeem zit, blijft hij daar ook.

Die factoren hebben veel te maken met de situatie tijdens de geboorte van het kind. Mijn onderzoeksresultaten in Nederland zijn later trouwens op andere plaatsen bevestigd. Een belangrijk verschil treedt op als de partner van de moeder tijdens de bevalling aanwezig is. Indien hij niet aanwezig is, komt het kind in de welzijnzorg terecht. Indien hij wel aanwezig is, is de kans veel groter dat het kind in de gezondheidszorg terecht komt. De medische problemen van kinderen in de welzijnzorg zijn daarom niet kleiner dan die van kinderen in de gezondheidszorg. Soms lijkt het wel alsof die problemen zelfs groter zijn. Ik heb het hier vooral over prematuur geboren kinderen en dergelijke.

3. De behoefte

3.1. De doelgroep

We hebben, misschien zonder het zelf te willen, twee systemen ontwikkeld. Beide systemen hebben een eigen doelgroep. We moeten daar rekening mee houden. Er zijn trouwens vaak discussies over die doelgroepen. De doelgroep wordt uitgedrukt in de prevalentie van emotionele en gedragsproblemen of -stoornissen bij kinderen. Wij noemen dat psychopathologie.

We moeten beseffen dat 20 tot 30 percent van alle kinderen en jongeren in Vlaanderen een of ander ernstig probleem of eventueel een stoornis heeft. De doelgroep is 20 tot 30 percent van onze populatie. Dat is trouwens niet enkel in Vlaanderen het geval. Dat is ook zo in onze buurlanden, in de Verenigde Staten, in Mexico of in Marokko. We vinden altijd dezelfde globale prevalentiecijfers terug.

Een ander belangrijk punt is dat bij ongeveer de helft van dat percentage van de populatie, ongeveer 12 percent, sprake is van een problematiek die op een of andere manier tot in de volwassenheid persisteert. Ik noem dat eigenlijk een handicap. Het gaat om problemen en stoornissen die de ontwikkeling van het kind zodanig beïnvloeden dat het daar later nog last van zal hebben. Voor Vlaanderen is 12 percent gelijk aan 150.000 minderjarigen tussen 0 en 17 jaar oud.

Ik wil hier nog een ander belangrijk punt aan koppelen. In de volwassenheid lijdt 50 percent van de volwassenen op een bepaald moment aan een ernstige psychopathologie waarvan het begin zich in de kindertijd situeert. Eigenlijk gaat het om 50 tot 60 percent van die groep van 12 percent. Dat zijn de consequenties.

De maatschappelijke kostprijs in Vlaanderen van een of andere aandoening op jongere leeftijd is niet berekend. Er zijn cijfers over. Een kind met een psychopathologisch probleem kost tienmaal meer dan een kind zonder dergelijke problemen. Elk kind met een probleem dat op een of andere manier kan worden ondersteund of opgelost, brengt dan ook veel geld op. Er zijn niet veel kinderen nodig om grote winsten te maken.

3.2. Risicogroepen

De prevalentie van psychopathologie bij ernstig prematuur geboren kinderen bedraagt op de leeftijd van 1 jaar 60 percent. Bij kinderen en jongeren die voor de jeugdrechtsbank zijn

voorgeleid, bedraagt dit 70 percent. In de regel worden jongeren voor delinquent gedrag voorgeleid. In de meeste gevallen is niet bekend of de jongere met een of andere handicap of stoornis zit. Dat wordt meestal later duidelijk, in Mol of in Ruiselede. Bij kinderen en jongeren in de pleegzorg bedraagt de prevalentie 25 percent. Bij kinderen en jongeren in thuisbegeleiding en in dagcentra gaat het om 60 percent. Bij kinderen en jongeren in de residentiële zorg gaat het om 50 percent. Bij kinderen en jongeren in de gemeenschapsinstellingen gaat het om 80 percent.

Dat zijn harde, gecontroleerde cijfers, afkomstig uit eigen onderzoeken. Over de gemeenschapsinstellingen wil ik straks nog iets zeggen. Voor de rest ligt de hoogste prevalentie bij de mensen die in de gezinnen zelf verblijven. Op zich moeten we ons daar toch vragen bij stellen. We kunnen dat een goede zaak vinden. Uiteindelijk ligt de prevalentie bij de residentiële zorg lager dan in de ambulante zorg.

We kunnen natuurlijk onderzoeken hoe dat komt. De beleidsmatige verwachting is allicht dat de psychopathologie in de residentiële zorg groter is dan in de ambulante zorg. Deze cijfers hebben overigens geen betrekking op Limburg of op Vlaams-Brabant. Daar gaat het natuurlijk beter. Deze cijfers gaan over Antwerpen. We hebben dit getoetst aan onderzoeken uit Nederland en uit het Verenigd Koninkrijk. De cijfers zijn vergelijkbaar. Er zit een zekere ruis op. We zouden dit eens verder moeten onderzoeken. Vaak gaat het om kinderen en jongeren die overal aan de deur zijn gezet en waar de ouders zelf mee zitten.

Het hoge percentage in de gemeenschapsinstellingen moet ons niet verbazen. Recent hebben de medewerkers van de gemeenschapsinstellingen verklaard dat ze niet over de competenties en de bevoegdheden beschikken om met die populatie om te gaan. Dat verbaast me wel. We weten dat 80 percent van die populatie met een ernstige psychopathologie zit. Indien we er niet voor kunnen zorgen dat de competenties in huis zijn, kunnen we de winkel beter sluiten. De kinderen en de jongeren die in gesloten instellingen terechtkomen, zijn niet van de braafsten. Bovendien houdt de maatschappelijke realiteit in dat iemand niet wordt geholpen indien men verklaart angstig te zijn. Indien men wil worden geholpen, moet men vooral delinquent gedrag stellen. Die jongeren worden naar een gesloten instelling afgevoerd. Het mag ons dan ook niet verbazen dat er in die instellingen zo veel psychopathologie is.

Bij immigratie heb ik een vraagteken geplaatst. Dit is natuurlijk een mondiaal gegeven. Ook in Vlaanderen vormt dit een ernstig probleem. We hebben hier nogal wat migranten. Er zijn indicaties dat immigratie op zich een zeer belangrijke risicofactor vormt. Ik heb het niet over de andere factoren. Immigratie zou een invloed op de ontwikkeling van psychopathologie bij kinderen kunnen uitoefenen.

3.3. *Psychopathologie en POS*

Ik wil twee opmerkingen maken over de relatie tussen POS en psychopathologie. In sommige gevallen vormt de opvoedingssituatie een oorzaak. Dat geldt echter slechts voor een zeer klein percentage van de gevallen. In de regel gaat het om de combinatie tussen ernstige kindfactoren en allerlei stressfactoren in de omgeving. We mogen of kunnen ouders niet verantwoordelijk stellen voor de problemen of stoornissen van hun kinderen.

Wat in de Vlaamse context een POS wordt genoemd, kan een onderhoudende en soms zelfs versterkende factor vormen. Dat kan het geval zijn indien een baby of een jong kind een heel ernstige gedragsstoornis heeft en dit gedrag moeilijk onder controle kan worden gebracht. Sommige kinderen ontwikkelen zeer moeilijk een slaapwaakritme. Ouders of grootouders die een kind gedurende 24 uur niet in slaap krijgen, zijn uitgeput en doen dan domme dingen. Dat heeft niets met hun intenties of hun competenties te maken. Het heeft vooral te maken met het probleem waar het kind mee zit. In die zin kan het om onderhoudende factoren gaan.

3.4. (*Risico*)factoren – *cumulatief effect*

De risicofactoren met betrekking tot de ontwikkeling van psychopathologie kunnen een cumulatief effect hebben. Dat is wetenschappelijk duidelijk aangetoond. Armoede is geen risicofactor. Dat is beleidsmatig belangrijk. Op zich leidt armoede niet tot psychopathologie. Armoede is soms het gevolg van een paar andere risicofactoren. De combinatie van al die factoren leidt tot problemen.

De belangrijkste risicofactor is genetische kwetsbaarheid en veerkracht. Ik wil daar niet dieper op ingaan. Het genetisch materiaal vormt een zeer belangrijke factor, die in belangrijke mate bepaalt in welke mate iemand veerkrachtig is of met stress kan omgaan. Opvoeding speelt daar wel een belangrijke rol in. De opvoeding werkt echter op basis van de genetische kwetsbaarheid. Dat verklaart waarom in een enkel gezin het ene kind wel fors in de problemen komt en het andere niet. Dat is een ontzettend belangrijke vraag. Het gaat over contextuele en genetisch-neurobiologische factoren. Die moet je samen zien, het is een interactie.

Bij de contextuele factoren heb je lucht. En met lucht bedoel ik echt lucht. Het zal de komende jaren wel duidelijk worden hoe belangrijk luchtintoxicatie is als factor voor ontwikkelingsproblemen en stoornissen van kinderen. Ik heb het niet over de leeftijd van zes jaar. Ik heb het over zwangerschappen en wat moeders inademen.

De afgelopen 50 jaar is ons voedingspatroon sterk gewijzigd. We moeten ons zorgen maken over een aantal factoren daarin die een risico vormen voor de ontwikkeling van kinderen. Het gaat ook over intoxicaties.

Op het middelenmisbruik moet ik niet ingaan. Dat begint al vanaf het ogenblik dat ei- en zaadcel elkaar hebben ontmoet.

Ook de opvoeding is een contextuele factor: zowel de maatschappelijke opvoeding als die van de ouders.

Geweld is ten aanzien van de ontwikkeling van psychopathologie bij kinderen een zeer belangrijke factor, in alle betekenissen van het woord en in alle vormen. Dat kan intra- en extrafamiliaal zijn. Het kan gaan over mishandeling. Het gaat niet alleen over het slachtoffer zijn van geweld maar zeker evenzeer over het getuige zijn van geweld. Men heeft zeer lang gedacht dat slachtoffer zijn de belangrijkste factor was, maar getuige zijn van geweld en er niets aan kunnen doen, is een even grote risicofactor voor de ontwikkeling. Dat zijn allemaal factoren waar we met zijn allen maatschappelijk-preventief iets aan zouden kunnen doen.

Langdurige stress, bijvoorbeeld voor de moeder tijdens de zwangerschap, is een heel duidelijk negatieve factor voor de latere ontwikkeling van het kind. Het gaat niet om een eenmalige stress waarbij er een goede opvang is. Langdurige stress gaat over dagdagelijkse moeilijkheden en chronische problemen. Het gaat over het basale gevoel het eigen leven niet in handen te hebben. Die stress op zich heeft invloed, maar het probleem is dat hij gerelateerd is aan allerlei andere risicofactoren zoals middelenmisbruik. Hij gaat ook samen met de manier waarop je met stress omgaat. Je hebt van die mensen voor wie het glas altijd half leeg is.

We mogen het belang van pesten en gepest worden absoluut niet onderschatten als risicofactor. Het internet is wat dat betreft de afgelopen jaren echt een heel ernstig probleem aan het worden. Kinderen kunnen elkaar op het internet afmaken. Het is ook een vorm van geweld, maar ik vermeld het hier apart omdat het gaat over geweld tussen kinderen.

De psychopathologie van de ouders is ook een belangrijke factor. Het gaat om ernstige depressies en psychosen enzovoort. Dat is ten dele iets genetisch, maar ik heb het hier ook over de invloed van de psychopathologie op ouderschapscompetentie.

4. Het aanbod

4.1. *Het specifieke aanbod*

Wat is nu het aanbod om daar iets aan te doen? We hebben mensen, ik noem ze ‘professionals met competenties’. In Vlaanderen bestaat voor hen geen specifieke opleiding, met uitzondering van orthopedagogiek en, bij de medische disciplines, sinds 2002 kinder- en jeugdpsychiaters. Voor de rest is er geen specifieke opleiding voor mensen die met kinderen en ouders werken.

Wat we ook hebben, zijn bedden, plaatsen en stoelen. Onvoorstelbaar veel. Europees gezien zitten we in de buurt van Roemenië.

Dan is er het specifieke aanbod voor minderjarigen. Je hebt de Bijzondere Jeugdbijstand, Kind en Gezin, het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, geestelijke gezondheidszorg (de centra, de revalidatiecentra, kinder- en jeugdpsychiatrische diensten), verslavingszorg en een alsmaar groeiend aantal privépraktijken. Die worden niet gecontroleerd – en ik maak mij daar zorgen over. Het gaat over privépraktijken van mensen die zeggen dat ze zich bekwaam voelen om kinderen te helpen. Ik kan daar absoluut geen kwaliteitslabel voor geven en u kunt dit ook niet. Het is een groot risico. Als je als volwassene bij zo’n privépraktijk gaat, dan is dat jouw verantwoordelijkheid. Maar als kinderen daarheen gaan, is het onze gezamenlijke verantwoordelijkheid. Dat is een heel belangrijk probleem.

4.2. *Kinder- en jeugdpsychiatrie*

De cijfers over kinder- en jeugdpsychiatrie hebt u waarschijnlijk niet, door toedoen van de toch wel ingewikkelde bevoegdheidsverdeling in het land waarin wij wonen. Het gaat om minder dan 5 percent van het totale federale budget voor psychiatrie in de brede zin van het woord. U weet dat het aandeel van de minderjarigen in de Belgische bevolking ongeveer 25 percent bedraagt. Wij hebben daarnet gezien dat de prevalentie van de stoornissen tussen de 20 en 30 percent zit. Dat zijn dezelfde cijfers als die die je bij de volwassenen tegenkomt. Wij hebben met andere woorden op basis daarvan geen enkele reden om onszelf meer te bedienen dan onze kinderen. Want dat is wat wij doen.

Voor wat betreft kinder- en jeugdpsychiatrie, bestaat het aanbod alleen maar uit bedden. Er is geen poliklinisch of ambulant aanbod. Alle andere sectoren hebben de afgelopen jaren nogal uitgebreid ingezet op pleegzorg en ambulante zorg. Voor kinder- en jeugdpsychiatrie is dat niet zo. Hier is er een groot verschil tussen Vlaanderen en Franstalig België. De Vlaamse overheid houdt dat tegen omdat dat een federale bevoegdheid is. De Fransstaligen zijn zo verstandig om, los van bevoegdheden, toch maar iets te halen waar ze iets kunnen krijgen.

Van bij het ontstaan van de kinder- en jeugdpsychiatrie in de jaren zeventig heeft Vlaanderen ervoor gekozen om het aantal bedden te relateren aan de bevolking. Daarbij vormen de provincies het planningsgebied. Zo is het tot 2006 gegaan. Het aantal bedden is dus gerelateerd aan het aantal minderjarigen. Een paar jaar geleden waren er opeens een aantal initiatieven om in allerlei middelen voor forensische kinder- en jeugdpsychiatrie te voorzien. Dat was gelinkt aan de problemen van de gemeenschapsinstellingen. Er is toen iets heel merkwaardigs gebeurd. Ik begrijp niets van de verdeling van die middelen. Op Belgisch niveau zijn ze in elk geval fors in het nadeel van Vlaanderen verdeeld. Maar binnen Vlaanderen is er bovendien een onvoorstelbaar onevenredige verdeling. De provincie Antwerpen is fors in het nadeel.

Er zijn geen structurele poliklinische middelen. Er is ook een ontzettend onevenwichtige spreiding van RIZIV-conventies. Dat zijn allerlei programma's die onder conventies met het RIZIV worden aangesloten. Daarvan zijn er in Franstalig België veel meer dan in Vlaanderen. De verdeling van die conventies is ook zeer onevenwichtig verdeeld over de provincies. Ook hier is de provincie Antwerpen in het nadeel. Men geeft altijd even grote gemiddelden aan elke provincie, maar in Antwerpen zijn er wel het meeste kinderen.

Er zijn in Vlaanderen 180 kinder- en jeugdpsychiaters.

4.3. *Overzicht België for K-middelen – januari 2009*

Op basis van het aantal minderjarigen per regio zie je dat die verdeling van alles wat met justitiegebonden middelen te maken heeft, voor Vlaanderen relatief gesproken toch wat minder is. Beleidsmatig moet er steeds meer met dit soort van uitgangspunten rekening worden gehouden. Als je extra middelen wilt geven voor justitiële klanten, nog los van de vraag of dat doelmatig is – het is niet doelmatig, maar dat doet er niet toe – dan moet je die verdeling toch maken op basis van beschikbare indicatoren met betrekking tot het aantal justitiële klanten. Een indicator is het aantal jeugdrechters. We zien in de verdeling volgens provincie dat er geen enkele relatie bestaat tussen het aantal jeugdrechters en het aantal mensen dat werkt voor de sociale diensten of voor de jeugdrechtbank.

4.4. *Gebruik bedden (gezondheidszorg) België 1997-2006*

Bij de psychiatrische diensten – volwassenenpsychiatrie of kinder- en jeugdpsychiatrie – is het aantal opnames van minderjarigen verdubbeld. Nu zijn het er een kleine vijfduizend. Ik heb het cijfer voor Vlaanderen niet paraat, maar ik heb het wel. Ik kan u zeggen waar u het kunt vinden. 20 percent van de opnames van minderjarigen in die periode gebeurt nog altijd in diensten voor volwassenen, meestal gesloten psychiatrische afdelingen. Ik heb het ook over 16- en 17-jarigen. Hoewel daarover geen onderzoek bestaat, weten wij onder-tussen dat de opname van minderjarigen in een gesloten context voor volwassenen met psychopathologie een bijzonder traumatiserende ervaring is. Dit belast in de regel de moti-vatie voor verdere hulpverlening zeer sterk. De opnameduur bedraagt gemiddeld 45 tot 50 dagen. 43 percent blijft er maximaal twee weken. Wij hebben dit percentage gebruikt in ons advies voor het Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE) met betrekking tot spoedeisende zorg.

Heel veel kinderen en jongeren met psychopathologie komen vanwege die psychopatho-logie terecht op somatische diensten. In België zijn dat er jaarlijks 3100 tot 3150. Hier bedraagt de opnameduur vier tot zes dagen.

4.5. *Aantal bedden voor crisisopname*

We zien dat voor wat betreft het aantal bedden per provincie die binnen gezondheidszorg worden gebruikt voor crisisopnamen, zowel in de psychiatrie als in de somatische dien-sten, de provincie Antwerpen bij de laagste scoort in Vlaanderen, dat er grote verschillen bestaan per provincie, dat er ook verschillen bestaan in vergelijking met Brussel enzo-voort.

4.6. *Woonplaats van het kind en psychiatrische dienst*

In welke mate nemen die ziekenhuizen voor de psychiatrieopnames klantjes op uit de eigen provincie? Dat heeft te maken met wat ik straks zal uitleggen. Het is doelmatiger om kinderen in de buurt van hun eigen huis te helpen dan op grote afstand. Vlaams-Brabant vult al die bedden maar doet dat maar voor 50 percent met klantjes uit de eigen provincie. Antwerpen en Limburg zitten aan het maximum. Daar glipt af en toe wel eens iemand uit een andere provincie door maar alle opnames komen uit de eigen provincie. Nogal wat klanten uit Antwerpen en Limburg komen waarschijnlijk terecht in Vlaams-Brabant. De vraag is beleidsmatig of men dat als zodanig wil.

5. De effecten

Wat zijn de effecten van de hulpverlening? Ik heb hier heel recente cijfers uit een onderzoek dat we in Antwerpen hebben gedaan. Die cijfers gaan over bijzondere jeugdbijstand. Wanneer we vergelijken met wat we daar op internationaal vlak over weten, gelden die cijfers voor alles wat met jeugdhulpverlening te maken heeft.

Van de kinderen en jongeren met psychopathologie heeft 65 tot 70 percent na negen maanden tot een jaar nog altijd psychopathologie. Wanneer men met een probleem zit in de kindertijd, dan heeft men 50 tot 60 percent kans om daar ook als volwassene nog last van te hebben. Dat is beleidsmatig een belangrijk gegeven. Het toont aan dat we voor een groot deel van onze kinderen moeten werken in wat ik een handicapmodel noem, eerder dan dat we in een zuiver curatief model moeten werken van kortdurende interventie. Dat is vergelijkbaar met longitudinaal onderzoek.

5.1. *Wat bepaalt de effecten?*

Onder meer de betrokkenheid van en de acceptatie door ouders bepalen het effect. In de mate dat ouders de hulpverlening accepteren en er intensief bij betrokken zijn, krijgt men effect. We kunnen de vergelijking maken met een kind dat tweemaal per week individueel bij een kinderpsychiater of maatschappelijk werker wordt behandeld in de spelkamer. Dat heeft geen effect. Ik heb het dan over het macroniveau. Wanneer de ouders erbij betrokken worden, kan dat effect sorteren.

Er is natuurlijk ook het probleem van acceptatie van de hulp door het kind of de jongere zelf. Dat geldt ook voor baby's. Wanneer een baby zich bij iemand niet goed voelt, dan zal de invloed van die persoon op die baby niet goed zijn.

Ook de mate waarin 'evidence based' wordt gewerkt, heeft een invloed op het effect. Het gaat dan over de mate waarin gebruik wordt gemaakt van de dingen waarvan is aangetoond dat ze effect hebben. Intensiteit is daar een heel belangrijk gegeven. Wanneer we iets willen veranderen, dan moeten we in het begin heel intensief werken, om dan de verandering te bewerkstelligen en geleidelijk in intensiteit te dalen. In de regel doen wij iets anders. We beginnen met één contact om de twee weken, met een huisbezoek. We stellen vast dat het niet goed is en besluiten dat het wat intensiever moet. We weten op basis van het onderzoek dat dit soort van attitude alleen weerstand oplevert, want de mensen geloven je niet meer. Dat is een belangrijk beleidsmatig uitgangspunt: in het begin moet de intensiteit hoog genoeg zijn om daarna dan geleidelijk te verminderen. Dat heeft effect. Laag beginnen en geleidelijk opdrijven heeft geen effect.

De essentie van evidence based werken is evalueren wat je doet in functie van de doelstellingen die je hebt geformuleerd. Het is mogelijk dat ouders zich op een bepaald moment in een bepaald programma veel beter voelen terwijl het met dat kind niet beter gaat. De doelstelling van jeugdzorg is dat het met kinderen beter gaat, niet dat het met volwassenen beter gaat. Wanneer de volwassenen tevreden zijn, dan gaat het met de kinderen vaak ook beter, maar die volwassenentevredenheid is niet voldoende.

Een ander punt is de mate van ontwikkelingsgerichtheid en perspectiefontwikkeling. Dat geldt zeker voor kinderen en jongeren met zeer ernstige problemen die een onvoorstelbaar moeilijk gedrag vertonen. Ik geef het voorbeeld van jongeren die op een of andere manier in een gemeenschapsinstelling zijn terechtgekomen. Het geldt voor heel wat jongeren en kinderen binnen de residentiële zorg maar ook voor diegenen die thuisblijven, dat ze er niet meer in geloven. Het perspectief dat ontwikkelingsmatig zo belangrijk is, hebben ze niet meer. Met onze hulpverlening versterken we dat vaak nog door geen duidelijkheid te geven over wat men hier kan doen, voor hoe lang en met welke doelstellingen.

6. Jeugdzorg: vraag, gebruik en satisfactie

Wat vraag, gebruik en satisfactie betreft, heb ik een samenvatting gemaakt. Ik heb het daarnet over de behoefte gehad. De behoefte bedraagt 20 tot 30 percent van de populatie. Wanneer we het gebruik bekijken, dan zien we dat we absoluut niet aan 5 percent van de minderjarige bevolking komen. Nochtans ligt de behoefte veel hoger. We moeten ons dan ook niet verbazen over het feit dat er wachtlijsten zijn.

Er is natuurlijk een toename in relatie tot de toename van het aanbod. Organiseer een bed en het zal wel gevuld worden. Organiseer een of ander programma met kinderen en je wordt er rijk mee.

Ik heb er daarnet al op gewezen dat die problemen bij heel wat kinderen niet over gaan. Er bestaat echter een steeds groter wordende druk om de hulp alsmaar korter te maken.

Met alles wat je in het leven krijgt en aanbiedt, is de mate waarin je daar tevreden over bent belangrijk. Mocht men ouders en kinderen op individueel niveau bevragen over de satisfactie van wat ze krijgen, dan zou blijken dat die echt niet hoog ligt. Hoe hoog, weten we echter niet. De satisfactie zakt onvoorstelbaar bij uithuisplaatsing, zowel bij ouders als bij kinderen. Het feit dat in dit parlement een commissie ad hoc is opgericht, zegt iets over de maatschappelijke satisfactie die dan wel onvoldoende zal zijn.

7. Anders en beter, maar hoe dan?

Op dit moment viert het klinisch paradigma hoogtij in de hulpverlening in al zijn soorten. Wat bedoel ik daarmee? Men gaat op zoek naar een specifieke doelgroep waar men iets specifiek voor gaat organiseren. U ontvangt hier jaarlijks wellicht ontzettend veel nieuwe initiatieven. De focus daar is een specifiek probleem. Het doel is het oplossen van dat probleem. Het is dan ook heel duidelijk gericht aan het ongewenste van het verhaal. Men definieert in termen van problemen. Men krijgt dan systemen waaronder screening. Wanneer men op macroniveau naar de grote systemen en sectoren kijkt, dan is het absoluut niet zo dat alle kinderen in een POS bij de BJB terechtkomen en alle kinderen met psychopathologie in de gezondheidszorg en dat bij de kinderen in de gezondheidszorg geen problematische opvoedingssituatie zou spelen en bij de kinderen in de BJB geen psychopathologie zou spelen. Dat systeem werkt niet, zowel op grote schaal als op individueel niveau. Er zijn allerlei programma's voor allerlei soorten van kenmerken van ouders of van kinderen. Naast die screening zijn er intaketoestanden, en zogenaamde specifieke interventies, waarvan we heel vaak niet weten wat het effect daarvan is. Het worden allemaal specialisten en er komen dus ook aparte organisaties.

Tegenover dat klinische paradigma staat het populatieparadigma. Het populatieparadigma gaat over bijvoorbeeld de inwoners in Vlaanderen. We zitten daar met 20 à 30 percent prevalentie en willen dat naar beneden krijgen. We gaan op zoek naar de meest kosteneffectieve interventies waarmee we eigenlijk heel die bevolking te pakken krijgen. Men mikt er niet in eerste instantie op die 20 percent te verlagen, men mikt beleidsmatig op het verhogen van die 80 percent. Men komt bij heel andere keuzes en interventies terecht wanneer men mikt op het probleem dat men wil laten afnemen dan wanneer men mikt op het stimuleren van wat men goed vindt om een groep groter te maken. De focus is hier de algemene groep. Hier gaat het dan over de algemene groep van minderjarigen. Het doel is het verhogen van het aantal kinderen en jongeren zonder problemen. Men geeft zoveel mogelijk dezelfde interventies maar onder verschillende formats zodat iedereen kan worden bereikt. Dat is niet het systeem van screening en interventie want dan zit men in het klinische verhaal.

Ik geef een voorbeeld. Het gaat niet goed met de cardiologen. We worden allemaal iets ouder en we worden allemaal op een bepaald moment geconfronteerd met een cardiologisch probleem. Het gaat niet goed met de cardiologen omdat we het in termen van pre-

ventie steeds meer hebben over gezonde voeding, stoppen met roken enzovoort. Dat heeft een effect. Steeds minder mensen gaan naar de cardioloog. Dat is het klinisch paradigma versus het populatieparadigma.

Bij het populatieparadigma behoort ook een lage drempel en een grote toegankelijkheid.

Zorg voor kinderen en jongeren begint bij de ouders. Ook de grootouders komen daarbij kijken – en ik spreek uit ervaring. Verder is er nog een aantal netwerken en eventueel een aantal professionals.

8. Preventie: de zorg voor jeugd

8.1. *Preventie: maatschappij, ouders en school*

Wanneer het over lucht of voeding gaat, maken we geen gebruik van de middelen voor jeugdzorg. Daar zijn andere middelen voor. Nu krijgt minder dan 5 percent hulp. We moeten dan ook niet te veel van het budget afhouden.

De opvoeding is een ander verhaal. Ouderschapsbekwaamheid is daarbij een belangrijk punt. Geweld is ook een onvoorstelbaar belangrijk punt, zowel voor slachtoffers als getuigen. We zitten bijna in een maatschappelijke cultuur waar de andere niet meer wordt beleefd als iemand waar we samen iets mee zou kunnen hebben, maar vooral als tegenstander. Dat is op politiek vlak het geval, maar ook op kleine schaal. We moeten daar iets aan doen. De opvang van kinderen die worden geconfronteerd met geweld, vormt een onvoorstelbaar belangrijke kwestie.

Ook migratie is een heel belangrijk punt. Wanneer wij nu niet goed zorgen voor de opvang en begeleiding van de kinderen die binnenkomen, dan zal de prevalentie van de problematiek over tien jaar fors gestegen zijn. Dat zien we in een aantal andere landen. Dat heeft niet onmiddellijk iets te maken met armoede. Allerlei factoren worden daaraan gelinkt.

Voor pesten en gepest worden bestaan er programma's. Het aanleren van 'coping' of het omgaan met dat soort van gedrag op heel jonge leeftijd, bij voorkeur in de derde kleuterklas of het eerste leerjaar, heeft effecten.

8.2. *Opvoeden*

Ik heb toch maar even opgelijst waar opvoeding over gaat. Dat is kinderen een veilige en stimulerende omgeving bieden. Een van de belangrijke evaluaties waarmee we bezig moeten zijn, is in welke mate we in Vlaanderen globaal maar ook privé nog een situatie bieden die veilig en stimulerend is. Daarnaast gaat het ook over kinderen laten leren door een positieve ondersteuning, het hanteren van een aansprekende discipline op alle niveaus, maatschappelijk maar ook thuis, het hebben van realistische verwachtingen.

Ik zal een voorbeeld geven. Weet u in welke fase van de ontwikkeling de mens het meest agressief is? De babyfase. Baby's zijn de meest asociale types die er zijn. Zij bepalen wat jij doet. Ze luisteren van geen kanten. Je werkt er hard aan om op bepaalde momenten een situatie te creëren dat ze toch een beetje luisteren. Dat is uiteindelijk het resultaat van opvoeding. Het probleem bij de ernstig agressieve adolescenten is dat dat systeem van gedragscontrole en -regulatie, dat voor een belangrijk deel genetisch en neurobiologisch is, eigenlijk disfunctioneert en dat ontwikkelingsmatig ook zo blijft.

Een tweede voorbeeld houdt daarmee verband. U moet eens gaan babysitten bij een groepje van vier peuters. U moet niet denken dat u dan een krant of een boek zult kunnen lezen. Binnen de minuut zijn er zeer ernstige, interpersoonlijke agressieontladingen: bijten, stampen, slaan enzovoort. Als u dat doet bij een groep van 4- tot 8-jarigen, dan

kunt u gerust een boek meenemen. Bij die 8-jarigen is een conflict voorspelbaar binnen de 8 minuten. Kinderen van 8 jaar met psychopathologieën – en dan heb ik het over gedragsstoornissen – gedragen zich als die peuters. Ze hebben een soort handicap, want het systeem ontwikkelt zich niet goed. Als we die kinderen willen helpen, dan moeten we in termen van toezicht en ondersteuning hetzelfde doen als bij die kleuters. De inzet van volwassenen moet op dat niveau zijn, anders komen we te laat.

Een laatste en niet onbelangrijk punt bij opvoeden is: goed voor jezelf zorgen.

8.3. Ouderschapsbekwaamheid

Versterking van ouderschapsbekwaamheid heeft effect op het functioneren en de ontwikkeling van kinderen. Dat is overvloedig aangetoond. Een gefragmenteerd klinisch paradigma heeft geen effect op de prevalentie. Ik zal het even zwart-wit stellen. Men moet een aanbod doen voor jeugd. Ik heb absoluut geen kritiek op mensen die werken in de jeugdzorg. We doen met zijn allen heel hard ons best. Maar als het over kindermishandeling gaat, heeft het systeem van de vertrouwenscentra op macroniveau geen effect. Het effect zal alleen maar zijn dat er meer en meer zullen zijn. Die professionals willen ook hun job houden. Ze gaan dan ook op zoek. Als de overheid dan zegt dat ze dat vooral moeten doen, dan hebben ze ook heel lang werk. Alle andere zorgfactoren gaan er zich bovendien niets meer van aantrekken. “Degenen die ervoor betaald worden, moeten het maar oplossen.”, zal de reactie zijn. Hetzelfde gebeurt ten aanzien van delinquent gedrag bij jongeren. De oprichting binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie van de zogenaamde for K-bedden hebben maar één effect gehad en dat is dat agressiviteit bij alle andere kinderen jeugdpsychiatrische diensten als exclusiecriteria is geboekt, want er zijn toch aparte afdelingen voor. Ik ben er vast van overtuigd dat men meer middelen zal vragen. Dat geldt ook ten aanzien van ouderschapsbekwaamheid.

Een populatiegebaseerd programma heeft een duidelijk effect op kindermishandeling en al dat soort van systemen. Het Triple P-programma is daar een voorbeeld van. Het staat het verst op het gebied van kosteneffectiviteitsonderzoek en prevalentie.

Daarstraks heb ik gezegd dat de vraag bij dit soort van programma's is of het voor alle ouders werkt. Dat is een terechte vraag. In de provincie Antwerpen hebben we mogelijkheden gehad om, samen met Kind en Gezin, dat project te ontwikkelen. Er zijn ook een aantal evaluaties bij. Ik wil een paar voorbeelden geven, die mij in elk geval aan het denken hebben gezet over de manier waarop ik mijn werk doe. We hebben het Triple P-programma aangeboden aan groepen van ouders waarvan de kinderen ernstig autisme hebben. We hebben dat vergeleken met de reguliere specifieke autistenzorg. Dan blijkt dat het Triple P-programma veel meer effect heeft dan het gewone programma. Dat programma is dan ook nog eens veel goedkoper.

We hebben het programma nu ook aangeboden aan volwassenen met een mentale handicap. Dat is een ontzettend verwaarloosde groep. Dat is een groep van wie de kinderen altijd geplaatst worden. In Antwerpen zijn er een paar projecten geweest waarbij men het Triple P-programma ook probeerde aan te geven voor ouders met een mentale handicap. Men kan dat programma gebruiken voor ouders met een handicap en met effect. Het enige wat nodig is, is meer tijd. Er is ook iets meer oefening nodig. Zo kan ik nog wel een paar voorbeelden geven.

Als men een populatiegebaseerd programma invoert, dan moet men het op dit soort van dingen echt evalueren, kijken in welke mate dat programma nog kosteneffectiever kan en nagaan in welke mate men het ook kan aanbieden aan andere groepen.

9. Curatie: de jeugdzorg

In het soort van dingen dat ik hier noem, is Kind en Gezin best wel een voorbeeld. Maar er klopt één ding niet. Kind en Gezin is maar voor een heel klein percentage bezig met preventie en voor een heel groot percentage met curatie. Dat is geen verwijt. Binnen de Vlaamse context snap ik het ook wel. Men moet vooral zeggen dat Kind en Gezin preventief is als men er nog middelen voor wil krijgen. Want van zodra men het over curatie en hulpverlening heeft, komen er een aantal andere factoren en concurrenten aan bod.

Hetzelfde geldt voor kinder- en jeugdpsychiatrie. We worden veel te veel gebruikt voor zaken die niets met specialistenzorg te maken hebben. We bieden veel te veel zaken aan die eigenlijk van algemene aard zijn. Als ik een onderzoek moet doen, wordt meestal gevraagd wat er aan de hand is en wat er kan gebeuren. Meestal vind ik zelf dat ik die ouders moet helpen, tenzij ik iemand vind die het wil doen. We vinden dan ook nog dat we het moeten aanbieden binnen de kinder- en jeugdpsychiatrie, want we vinden ons beter dan al die anderen. Het merkwaardige is dat de afgelopen twee jaar dat Triple P-programma loopt voor kinderen van ouders met psychiatrische aandoeningen. Ik kan veel beter vanuit mijn corebusiness als kinder- en jeugdpsychiater met mijn eigen job bezig zijn en al die ouders eerst naar het Triple P-programma sturen. 60 percent heeft daarna geen vragen meer. Dat Triple P-programma wordt niet door ons uitgevoerd.

9.1. Wat bepaalt de aard en intensiteit van zorg?

Wat bepaalt nu de aard en intensiteit van zorg? Ik heb daarnet gezegd dat intensiteit een belangrijk punt is. Dat is dus het klinische verhaal zoals het in Vlaanderen, maar ook in Nederland, uitgesproken wordt. De grote discussie gaat nog altijd over wat nu de zorg bepaalt: de kenmerken van het kind, de kenmerken van de ouders of de kenmerken van de hulpverleners. Als men naar de kenmerken van kind, jongere of context kijkt, dan krijgt men van die hulpverleningsmodellen een aanbod per diagnose: autisme, ADHD, seksueel misbruik. Bij het functioneren op diverse domeinen kijkt men op welke domeinen het niet goed gaat.

Er is ook de opvoedingssituatie. Tussen haakjes, ik ben gestopt met het zoeken naar een operationele definitie voor POS. Ik heb ze niet gevonden. Ik zou ze met plezier van iemand krijgen.

MOF is een onvoorstelbaar belangrijk kenmerk. MOF is in termen van zorg absoluut geen indicatie. Wat de indicatie voor zorg en intensiteit aangaat, gaat het over de problemen waarmee dat joch zit, maar niet over delinquent gedrag. We moeten er wel maatschappelijk voor zorgen dat er relapsepreventie is. Ik denk ook dat we ze moeten sanctioneren, weliswaar via positieve betrokkenheid. In termen van hulpverlening is MOF echter geen uitgangspunt voor zorg.

Bij wat de aard en intensiteit van zorg bepaalt, hoort ook nog misbruik/mishandeling, en maatregelen van de jeugdrechter. Binnen de bijzondere jeugdbijstand, Kind en Gezin en kinder- en jeugdpsychiatrie is de reactie zowat dat deze hulp niet voor kinderen en jongeren is voor wie de maatregel voor de jeugdrechter ligt. Dat moet ergens anders. Ik denk dat we daar heel goed over moeten nadenken. Maatregel of niet, de problemen zijn dezelfde en de antwoorden zijn ook dezelfde. Bij maatregelen gaat het erom dat er echt maatschappelijke controle nodig is omdat er iets ernstigs aan de hand is. Om de een of andere reden kan dat niet volledig aan de ouders worden overgelaten. Jeugdrechter, maatregel, een aparte hulp organiseren: dat is ondoelmatig, dat heeft geen nut. Het probleem is dat op een bepaald moment, en zeker als het over agressie gaat, het aantal MOF'ers zal stijgen, want er zijn specifieke aanbiedingen voor enzovoort.

Dan zijn er natuurlijk de kenmerken van het zorgaanbod: kinder- en jeugdpsychiatrie, bijzondere jeugdbijstand, handicap. Binnen al die sectoren is er dan ambulant, dagbehandeling, residentieel, thuisbegeleiding, pleegzorg, outreaching enzovoort.

9.2. *Resultaat*

Het resultaat is een lappendeken met steeds nieuwe doelgroepen, specialisten en voorzieningen, alsmäär grotere en ingewikkeldere systemen van screening, verwijzing, wachten en opnieuw verwezen worden. Van zodra dat complex wordt, is er geen hulp of zorg meer en de satisfactie is niet groot.

9.3. *Basiswaarden voor doelmatige zorg*

Een volgend punt gaat over de basiswaarden voor doelmatige zorg. Gericht op het kind met het gezin als focus: dat is een politiek-maatschappelijke keuze. Er zijn ook redenen om ervan uit te gaan dat het doelmatiger is, maar het is wel een keuze. De keuze is dat we er alles aan zullen doen om kinderen in hun eigen context en milieu te helpen en zich daar staande te houden in de directe sociale omgeving en met respect voor en competenties in diverse culturen. Dat blijkt een onvoorstelbaar belangrijke voorwaarde met betrekking tot doelmatigheid.

Op de slide ziet u dat ik tussen haakjes heb gezet: ‘Rekening houdend met genderverschillen’. Dat geldt met name voor adolescenten. Er zijn alsmäär meer aanwijzingen dat niet alleen culturele verschillen belangrijk zijn en dat daarmee rekening moet worden gehouden, maar ook dat we meisjes en jongens niet op dezelfde manier verder mogen benaderen alsof ze hetzelfde zouden zijn. Met een boutade zeg ik nogal eens dat het gemengd onderwijs zoals we het nu hebben georganiseerd, uitstekend is voor meisjes, maar een ramp voor jongens.

9.4. *Principes*

De principes stel ik voor als uitgangspunten voor beleid. Elk kind heeft toegang tot een brede waaier van zorg. Toegang is onafhankelijk van ras, religie, gender of handicap. De rechten van het kind worden in alle volheid geïmplementeerd. Ouders en kinderen zijn volwaardige partners bij de hulpverlening. Het uitgangspunt is het geïndividualiseerde zorgplan. Men maakt alleen maar gebruik van interventies waarvan de werkzaamheid is aangetoond. De zorg moet, daar waar nodig, geïntegreerd zijn. Casemanagement is de achilleshiel. Indien een andere omgeving nodig is, dan moet die zo dicht mogelijk bij de eigen omgeving zijn. Dat er een soepele overgang is naar het zorgsysteem voor volwassenen, is evident.

9.5. *Intensiteit*

We hebben daarstraks gezegd dat een groot deel met een handicap te maken heeft. Ten aanzien van de intensiteit betekent dat dat er eigenlijk een systeem wordt ontwikkeld waarin, als het kind een probleem heeft, hulp wordt georganiseerd met dat kind, met de ouders in de eigen context. Er wordt dan meteen ingezet op de intensiteit die echt nodig is om daarna de intensiteit te verminderen.

Ik wil trouwens opmerken dat de residentiële opvang bij de laagste intensiteiten hoort. Residentiële hulp is helemaal niet intensief. Het komt erop neer dat jongeren worden opgevangen en opgeborgen. Indien de doelstelling luidt het kind in de eigen context te helpen, betekent dit op het vlak van de intensiteit niets. We moeten werken aan een model waarin de intensiteit geleidelijk wordt verhoogd. Het moet doelmatig zijn.

9.6. *Uitwerking*

We moeten een geïndividualiseerde zorgverstrekking uitwerken waar ouders en kinderen deelgenoten van zijn. Ik baseer me hiervoor op de internationale literatuur en op een evaluatieonderzoek dat we, met de steun en de hulp van het provinciebestuur, in Antwerpen hebben opgezet.

Dit onderzoek heeft betrekking op wat wij netwerktafels noemen. Ik zal even uitleggen wat die term precies inhoudt. De hulpverlener nodigt ouders en kinderen uit. Indien ze hierop ingaan, krijgen ze de vraag wie ze daar nog bij willen. Het gaat dan om andere hulpverleners of om andere mensen die eventueel kunnen helpen. Dat kan gaan om grootouders, onderwijzers, politieagenten, andere hulpverleners en dergelijke. Deze situatie, waarbij iedereen rond de tafel zit, duurt twee uur. Gedurende die periode vertrekt iedereen vanuit de vragen van de kinderen en de ouders: wat zien zij als oplossing? Vervolgens wordt, samen met de ouders en de kinderen, gewerkt aan een hulpverleningsplan dat hieraan beantwoordt. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de beschikbare mogelijkheden inzake hulpverlening. Dat is de essentie van de zaak.

Er is altijd een vast team van hulpverleners, dat continu blijft werken. Indien op een bepaald ogenblik de nood aan een hogere intensiteit ontstaat, wordt niet naar andere voorzieningen doorverwezen. De hulpverlening vanuit andere voorzieningen wordt gewoon aan de netwerktafel toegevoegd. Momenteel werkt het systeem vaak anders. Mensen met een probleem komen bij mij langs. Als ik ze niet genoeg kan bieden, verwijs ik ze door naar iemand anders. Bij die persoon moeten ze dan weer helemaal opnieuw beginnen. Er wordt steeds gekeken of die mensen wel tot de juiste doelgroep behoren.

In het systeem van de netwerktafels kijkt de hulpverlening naar de vragen van de ouders en de kinderen. Indien ze iets anders nodig hebben, wordt er iemand anders bijgehaald. Hierdoor wordt het intensiever. Het kan gaan om een tijdelijke opname of opvang. Nu is de regel echter dat iemand die naar een andere voorziening gaat, daar opnieuw moet beginnen.

9.7. Niveaus van intensiteit

Een ander belangrijk punt is het Instrument ter bepaling van de Zorgintensiteit voor Kinderen en Adolescenten. Dit instrument is in de Verenigde Staten ontwikkeld. We hebben het ondertussen in het Nederlands vertaald. In Antwerpen loopt momenteel een evaluatieonderzoek. De vragen die ik daarstraks heb gesteld, komen daarbij aan bod. Wat zijn de uitgangspunten van zorg? Wat zijn de kenmerken van die kinderen en jongeren, van die ouders en van het zorgaanbod? Op basis van die elementen moet een integratie tot stand komen.

Langs de ene kant zijn een aantal zorgniveaus gedefinieerd. Die niveaus gaan van weinig tot zeer intensief. Langs de andere kant wordt op basis van informatie die de hulpverlener altijd verzamelt, nagegaan welk zorgniveau een kind in een bepaalde context en met bepaalde ouders nodig heeft. Op dat niveau volgt dan een insteek. Later kan dit dan weer worden herbekeken.

In de tekst van mijn uiteenzetting staat een beschrijving van de bestaande zorgniveaus. De eerste niveaus zijn de basiszorg, het herstelbehoud en -management, de enkelvoudige ambulante hulp en de intensieve ambulante hulp. Vanaf het derde niveau is er behoefte aan een case manager. Dit is iemand die, samen met de ouders en de kinderen, beslist andere hulpverlening toe te voegen. Het vierde, vijfde en zesde niveau kennen de hoogste intensiteit. Niveau 6 omvat een permanente, beveiligde hulp onder psychiatrische leiding. Dit systeem definieert min of meer wanneer een kind al dan niet een psychiater nodig heeft. Dit hoogste niveau is bedoeld voor kinderen of jongeren die een ontzettend groot gevaar voor zichzelf of voor anderen betekenen. Dit niveau is vooral aan gevaar gerelateerd.

9.8. Evaluatie netwerktafels

We hebben de netwerktafels in de provincie Antwerpen geëvalueerd. Ondertussen hebben ongeveer 130 netwerktafels plaatsgevonden. De ouders, de kinderen en jongeren, en de

hulpverleners zijn zeer positief. Dit spreekt hen aan. Ze vinden dit een echte hulp en iets waar ze echt mee kunnen werken.

Ik wil hier trouwens toch meegeven dat de hulpverleners ook een aantal bezwaren hebben geuit. Sommige hulpverleners vinden het ontzettend moeilijk dergelijke open gesprekken met ouders, kinderen en anderen te voeren. Ze vinden het moeilijk een babbel te hebben over wat er aan de hand is en over hoe het nu verder moet. Dat zegt iets over de professionele identiteit van de specialisten die de mensen moeten vertellen wat ze moeten doen. Dit vergt eigenlijk een attitudeverandering. Ik denk dat dit, van zodra meer vraaggestuurd moet worden gewerkt, binnen Kind en Gezin ook kan worden erkend. Het gaat hier om professionele noden.

Sommige hulpverleners hebben er problemen mee dat ze zich moeten engageren. Daar komt het tenslotte op neer. Er wordt een plan opgesteld. Zodra iedereen het erover eens is dat het een goed plan betreft, volgt de vraag wie ervoor zal zorgen. Dat betekent dat de hulpverleners om een engagement wordt gevraagd. Het is voor hulpverleners niet altijd evident dit op zich te nemen. Tot slot hebben sommige hulpverleners het er soms moeilijk mee dat hun eigen plan niet wordt uitgevoerd.

Een belangrijk element in verband met de netwerktafels in de provincie Antwerpen is dat meer dan 75 percent van de jongeren het vijfde of zesde intensiteitsniveau haalt. Dat zijn de twee hoogste niveaus. Bij de uitvoering blijkt de regelgeving vaak hinderlijk. Bepaalde zaken mogen niet worden gecombineerd. De combinaties worden niet versterkt. Ze worden eigenlijk onmogelijk gemaakt.

De meeste jongeren die in Mol verblijven, zijn uit de provincie Antwerpen afkomstig. Er wordt vaak gezegd dat de kinder- en jeugdpsychiatrie niets voor hen doet. We zijn dan maar met de mensen die in Mol werken, rond de tafel gaan zitten. We hebben hun verteld dat we best iets willen doen. We helpen die jongeren echter niet door ze van Mol naar een psychiatrisch centrum over te plaatsen. We hebben dan ook getracht na te gaan hoe we hen door middel van een doelmatige samenwerking kunnen helpen. Dat heeft wat discussie geverg.

Op een bepaald ogenblik, acht of negen maanden geleden, hebben de twee kinderpsychiatrische diensten in de provincie Antwerpen zich ertoe geëngageerd in Mol zelf netwerktafels met de ouders en de jongeren en eventueel met andere hulpverleners te organiseren en op die manier plannen op te stellen. Ondertussen hebben we 30 tot 35 van die netwerktafels gehad. De medewerkers van de gemeenschapsinstelling beslissen voor welke jongeren we dat moeten organiseren. Het gaat erom dat die jongeren er eigenlijk uit moeten en dat wij daar iets voor moeten doen. In 75 percent van die gevallen zijn de zorgplannen drie maanden na de netwerktafel in uitvoering.

Dat de kinder- en jeugdpsychiatrie hierbij betrokken is, betekent niet altijd dat die jongeren voor langere tijd in de kinder- en jeugdpsychiatrie worden opgenomen. We praten met scholen en met ouders. Samen met de mensen van de bijzondere jeugdbijstand stellen we een plan op. Dat plan wordt ter goedkeuring aan de jeugdrechter voorgelegd. In de praktijk blijkt 75 percent van die jongeren binnen de geplande termijn over een plan in uitvoering te beschikken.

9.9. *Aanbevelingen*

We zouden meer de nadruk moeten leggen op het populatieparadigma en op kosteneffectieve programma's. De evaluatie moet op het niveau van de prevalentie gebeuren. Het gaat dan om het aantal kinderen en jongeren met psychopathologische problemen in Vlaanderen. Verder zijn er een aantal waarden en principes, het zogenaamde 'system of care'. Het geïndividualiseerd zorgteam moet worden geïmplementeerd. Dat betekent dat vanuit de

verschillende voorzieningen een zorgteam moet worden samengesteld. Dat team moet de mogelijkheid krijgen plannen uit te voeren en gebruik te maken van alles wat momenteel in de lappendeken aanwezig is.

Een ander belangrijk punt lijkt me de implementatie op heel korte termijn van de functie spoedeisende zorg. We hebben daar voor het KCE zelf een onderzoek naar verricht. In ons onderzoeksrapport doen we een voorstel over de manier waarop aan die functie gestalte zou kunnen worden gegeven. We gaan daarbij uit van de principes die ik hier al eerder heb vermeld.

De niveaus van zorgintensiteit zouden regionaal moeten worden uitgebouwd. Dat zou moeten gebeuren op basis van de behoeften die uit de geïndividualiseerde zorgplannen kunnen worden afgeleid. Indien we een instrument zouden gebruiken dat voor heel de populatie iets over de intensiteit zegt, zouden we weten wat we op welk niveau nodig hebben. Ik heb het hier niet over de primaire preventie. Dat is immers een algemeen gegeven. Ik heb het over het gebruik van de intensiteitsniveaus als uitgangspunt voor de hulpverlening. Ik beweer niet dat dit alles zou oplossen. We zouden echter een beeld krijgen van wat op welk niveau nodig is. Zoals ik daarnet heb toegelicht, bestaat dit instrument.

Ik doe hier gewoon een voorstel. Indien we de zorgverstrekking, met alle intensiteitsniveaus, voor een regio van 150.000 minderjarigen zouden uitbouwen, zouden we nog steeds moeten proberen 20.000 kinderen en jongeren met ernstige problemen te helpen. Op een totale populatie van 150.000 minderjarigen blijft dat nog steeds een grote groep.

Een tweede punt is ontzettend belangrijk: op korte termijn een duidelijk en goed toegankelijk jeugdzorgsysteem ontwikkelen voor kinderen, jongeren, ouders en leerkrachten. Als ik in Antwerpen een probleem heb, dan zou ik maar één adres moeten hebben waar ik naartoe kan gaan om hulp te vragen. Daar moet ik dan hulp krijgen. Dan moeten ze niet zeggen: u hebt blauwe ogen, en ons aanbod is enkel voor bruine ogen.

Dat kan op korte termijn worden gerealiseerd op basis van integratie en samenwerking van alles wat op het vlak van jeugdzorg actief is: Kind en Gezin, vertrouwenscentra, alles van jeugdwelzijn, de CLB's en zeker ook de enkele mensen die binnen de cgg's met jeugd bezig zijn.

Maak daar één organisatie van en zet er een goed management op. Dan heb je een goede basis. In die organisatie moet je wel rekening houden met een ontwikkelingsfase. Het is heel belangrijk om het aanbod voor zwangerschap, voor heel jonge kinderen, kinderen en adolescenten te onderscheiden. De uitbouw van een doelmatig jeugdzorgmanagement is ook heel belangrijk, onafhankelijk van alles wat met zorg voor volwassenen heeft te maken, gefocust op het aantal kinderen en jongeren in Vlaanderen dat naar beneden moet. De vorm moet de inhoud volgen en niet omgekeerd.

Dit is de bevoegdheid van de Vlaamse overheid, ook al is de erkenning federaal. Ik adviseer om ernstig na te denken over het opstarten en ontwikkelen van specifieke opleidingen bachelor, master, manama, met geïntegreerde programma's voor jeugdzorgprofessionals. Je kunt niet geloven hoeveel jonge, enthousiaste mensen de jeugdzorg instappen met de bedoeling mensen te helpen, maar na een jaar zijn we ze kwijt. Dat is een onvoorstelbare kapitaalsvernietiging.

Ten slotte wil ik het hebben over ontwikkelingsepidemiologisch onderzoek. Hoe zit het in Vlaanderen met de prevalentie? Hoe ontwikkelt zich dit en welke factoren beïnvloeden dat? Dan krijg je data om te evalueren of wat je investeert ook wat oplevert. Dat moet je niet aan de voorzieningen en instellingen vragen, want dan krijg je enkel iets over hun klanten, en niets over de bevolking. Laten we het onderzoek zelf doen. Dan moeten we niet afhankelijk zijn van Nederland voor onderzoek over werkzaamheid en doelmatigheid.

Wat werkt er en wat niet binnen onze context en onze cultuur? In dat onderzoek moeten we ook de kosteneffectiviteit opnemen. Als je twee interventies hebt met hetzelfde effect, dan neem je het goedkoopste. Nu wordt meestal in het duurste geïnvesteerd.

Ik wil u danken voor uw aandacht. Er zijn nog enkele bijlagen, er is het rapport van het BIJPASS-project over samenwerking met kinder- en jeugdpsychiatrie en bijzondere jeugdbijstand, waar dit soort dingen is uit ontstaan. U hebt onze nota over wat op dit moment doelmatig is inzake delinquent gedrag bij jongeren. U hebt daar ook een folder over en u kunt het bekijken op de website. U hebt een artikel dat we aan het schrijven zijn over netwerktafels en een uitnodiging voor twee evenementen.

Op 23 december 2010 verwelkomt Antwerpen een van de mensen die aan de basis ligt van netwerktafels en 'systems of care', en van het instrument om intensiteit te meten. Op 10 en 11 februari 2011 is er een groot internationaal congres over populatie gebaseerd op programma's ten aanzien van ouderschapsbekwaamheid. Dat vindt plaats in Antwerpen. Ik nodig u allen van harte uit.

II. UITEENZETTING DOOR MEVROUW LUT CELIE, PSYCHOTHERAPEUT

1. Maatschappelijke verklaringen voor de voortdurend stijgende instroom van kinderen en jongeren in de (bijzondere) jeugdzorg en de geestelijke gezondheidszorg

1.1. Toelichting

Mevrouw Lut Celie: Ik zit hier als psychotherapeut die met kinderen, jongeren en hun gezinnen werkt, en vooral ook met hun ouders, hulpverleners en mensen die dagelijks met die kinderen leven. Ik geef opleidingen en vormingen in kinderdagverblijven, maar ook aan de Kinder- en Jongerentelefoon, slachtofferhulp, scholen, leerkrachten, zorgcoördinatoren enzovoort.

Ik wil mijn toelichting schetsen vanuit de honderden schoolgaande kinderen, die signalen geven – sommigen hebben het over 30 percent, anderen over 40 percent – waarvan wij het gevoel hebben dat iets niet meer klopt. Heel veel ontaardt in problematische situaties. Wat is er aan de hand?

Ik vertrek meer vanuit de maakbaarheid van kinderen en jongeren. Ze worden met aspecten geboren als gevoeligheidsgraad, karaktereigenschappen, temperament enzovoort. Kinderen hebben heel veel te leren in deze sterk veranderende maatschappij. Dat is mijn uitgangspunt. Ik vind dat veel signalen gediagnostiseerd en gemedicamentaliseerd worden. Vorige week gaf ik een avondvoordracht op een school, en daar zei een leerkracht me dat op de 22 leerlingen meer dan de helft gemedicamentaliseerd was. Dat is erg veel. Dat houdt me bezig. Wat is de onderliggende laag? Wat is er aan de hand dat we niet zien? Wat kunnen we daaraan doen?

1.2. Visie

Op de volgende dia heb ik mijn visie uiteengezet. Ik wil kijken naar het micro- en het makroklimaat en wat dat doet met jongeren vandaag. Wat doet deze maatschappij, deze dynamische wereld, met onze kinderen en jongeren? Dat is een andere manier van benadering.

1.2.1. Microklimaat

In het microklimaat, het gezin, het nest, verandert heel veel. Kind en Gezin houdt zich daar ook mee bezig. Kinderen gaan heel snel het huis uit. Dat is een verandering. Ze leven al vroeg in groep. De nesten krijgen deuken. In onze complexe maatschappij worden de nesten ook complexer. Er is heel veel emotionele stress. Er zijn heel wat verlieservaringen.

We leven een beetje in een verliesmaatschappij. Wat doet dat met kinderen? In alle tumult blijft er weinig tijd over om te communiceren. Zoals professor Adriaenssens zou zeggen, en ik sluit me daar helemaal bij aan, er is veel verlies aan verbinding. Delinquentie betekent letterlijk ‘uit verbinding gaan’. Dat zegt toch iets? Armoede kan ook een rol spelen. Op microklimaatniveau gebeurt er met het kind dus al heel veel.

1.2.2. Macroklimaat

Het macroklimaat ziet er al niet veel beter uit. U ziet op de dia een tekening van een 15-jarige. Ze heeft na een zelfdodingspoging getekend hoe verward ze zich vanbinnen voelt. Het is niet niets wat op onze tieners afkomt. Er is ontzettend veel beïnvloeding. Ze krijgen een bombardement van inzichten, indrukken, beelden, flitsen, media enzovoort, te verwerken. Er ontstaat ook bij de volwassene, de opvoeder, heel wat verwarring en onzekerheid. Wij kunnen/ik kan niet meer opvoeden zoals we zelf ooit opgevoed zijn. Alles is veel te veel veranderd. Ik vind het ook positief dat zoveel ouders en opvoeders durven op te staan, durven te twijfelen, en zich vragen durven te stellen over opvoeding. Elk huis heeft op dit moment zijn eigen waarden, normen en opvoedingsvisie. Onze jongeren ervaren heel veel druk en stresserende situaties. Onze samenleving is gejaagd. Jongeren krijgen constant prikkels.

Wat me ook sterk opvalt, is het verlies aan identiteit. Er is zoveel te doen, zoveel beïnvloeding: het kind in volle ontwikkeling, de puber, de jongere, verliest er zichzelf bij. We moeten hem daar goed in begeleiden. Een puber is immers heel gevoelig voor de groepsdruk vóór de eigen identiteit gevormd is. Ik kan niet alles uitdiepen, al zou ik dat wel willen, maar het macroklimaat is dus ook niet min.

1.2.3. Invloed van deze dynamische maatschappij op kinderen

Ik zie die dynamische wereld nog altijd als een normaal verschijnsel. Maar wat doet het met onze kinderen? Professor Deboutte heeft het ook al gezegd: we moeten zorg dragen voor onze jeugd. Heel wat jongeren krijgen vandaag een grotere draaglast dan draagkracht. Dat uit zich in signalen. Ik durf zelfs te spreken over psychopathologieën. Dat kan ontaarden in depressie, in woedeaanvallen, in zelfpijniging en blokkades. Of ze sluiten zich af van hun gevoelens, van hun binnenkant. Er bestaan heel veel vluchtmechanismen.

Ik hoor vaak – op scholen, van zorgcoördinatoren – dat de draaglast te groot wordt. Ik geloof in de maakbaarheid van het kind, dus moet ik me afvragen in hoeverre we vanuit een breed perspectief die draagkracht kunnen installeren. Hoe kunnen we hun leren wat ze nodig hebben om die pathologieën te vermijden? Om hen terug op het spoor te helpen? Soms duurt zo’n onevenwicht maar eventjes, soms heeft een gezin maar even nodig om te bekomen. We moeten dan uitzoeken wat ze precies nodig hebben.

Drie begrippen zijn daarbij belangrijk: nest, signaal en identiteit. Wat gebeurt er met onze nesten? Ik wil geen ultrarechts discours voeren, daarvoor zit ik hier niet. Ik zie rondom mij dat de nesten onder druk staan; de verbinding en de communicatie staan onder druk. We leven eenzaam naast elkaar, het spijt me, maar zo is het toch een beetje. Er is zoveel waar we tekort aan hebben of aan moeten werken: hechting, basisveiligheid, vertrouwen. Dat zijn de fundamenteën van de ontwikkeling van een kind en van de ontwikkeling van zijn mogelijkheden. Dat is wat iedereen nodig heeft om met zijn talenten en kwaliteiten te worden wie hij echt is en wil zijn.

Het volgende is mijn dada: aandacht voor signalen. 30 à 40 percent van onze kinderen geeft signalen. Er wordt heel veel, te veel, geproblematiseerd, ‘gemedicaliseerd’ en getherapeutiseerd. Laat ons dat eens op een gewone manier bekijken. Laat ons al die invloeden van de maatschappij op het gezin gewoon bekijken. Laat ons eens uitzoeken wat achter de signalen zit, wat het kind echt wil zeggen. Wat zegt het gedrag? De woede? De klachten?

Het derde punt is de ontwikkeling van de identiteit. Dat kan ook zonder grote verwachtingen zoals de professor zegt. Wie mag ik worden? Elk kind heeft talenten en kan die ontwikkelen. Ik kom uit een gezin van zes, ik ben de oudste. Ik heb me kunnen ontwikkelen en zaken geactiveerd die niet in ons gezin zaten. Het is mooi dat te kunnen doen en om bij wijze van spreken de regisseur te zijn van mijn eigen leven.

Ik denk dat ingrijpende gebeurtenissen of verlieservaringen, vaak op kinderleeftijd, als ze geen zorg en aandacht krijgen, kunnen ontaarden in psychopathologieën op puberleeftijd, soms ook al op kinder- en jongerenleeftijd, en dat die tot in de volwassenheid worden meegenomen. Ik geloof dat deze zorg voor de impact en de gevolgen van een ingrijpende gebeurtenis op een kind en een jongere bijzonder is.

Dan gaat het voor mij niet over de grote therapieën. We geven mensen altijd het beeld van de twee stoelen mee. De eerste stoel is de vraag wat er in het emotioneel vat zit. Waar zit de kwaadheid? Wat heeft men te leren om met die kwaadheid om te gaan en niet in agressie en woede te gaan? Wat heeft men te leren over wat men heeft meegemaakt? Dat ligt moeilijk. Ik geef een voorbeeldje en ik zeg er direct bij dat het geen trauma's moeten worden. Een op de drie gezinnen gaat uit elkaar. Ik zeg nogmaals niet dat het gedoemd is, maar wat ik wel zeg en waarvoor ik op de barricade sta, is dat de kinderen zorg en aandacht nodig hebben om terug op spoor te komen en misschien iets meer zorg en aandacht nodig hebben dan wat we met zijn allen denken.

In een bepaalde beleidsnota staat dat kinderen flexibel zijn. Ik denk het niet. Als de grond op de een of andere manier onder mijn voeten wordt weggehaald en mijn basisveiligheid gaat wankelen, dan ben ik niet meer zo flexibel en is het goed dat er dingen hersteld worden om uiteindelijk terug mijn spoor te vinden.

De eerste stoel gaat dus om de vraag waar men naar kijkt. Wat toont zich in het gedrag? Wetende dat emotionele pijn en moeilijke dingen die kinderen meemaken, zorg moeten krijgen. Dat kan dan gaan om een pesterij, een pleegkind dat bepaalde situaties of veranderingen niet aankan of alles wat er gebeurt in een centrum voor kinderzorg en gezinsondersteuning.

De tweede stoel is dan wat erachter zit. Dat is een heel specifieke zorg. We hebben een tweejarige opleiding om dat stukje – verlieservaringen voor kinderen – te counsellen. Dat is meer dan hier staat in het curatieve deel. We kunnen heel veel voorkomen. Het leren omgaan met de binnenwerelden is een positief verhaal.

Als bijlage bij dit verslag vindt u enkele tekeningen. De bovenste tekeningen zijn van een 12-jarig kind dat drie jaar na de scheiding van haar ouders kampt met een ernstige psychopathologie, andere centra zouden het zeker depressie noemen. Als men het kan vatten wat er op de tweede stoel zit, dan kan men eigenlijk al heel snel iets doen om dat kind in die context verder op weg te helpen. In dit geval was dat al een paar weken. Voor dit kind ging het vooral om het aanvaarden van de realiteit: het meisje was jaren later nog aan het vechten om haar mama en papa terug bij elkaar te krijgen. Dat had zorg nodig.

De onderste tekening is een praatpapier van een meisje van acht jaar, ook een paar jaar na de scheiding. Heel haar armen stonden vol met krassen. Men kan zeggen dat het een psychiatrisch probleem is. We hebben gekeken naar wat ze nodig had. Het meisje had het gevoel niet meer graag gezien te worden door haar papa. Door de papa en de mama uit te nodigen en hen terug met elkaar in verbinding te brengen, kan men heel wat doen. Zelfdoding van papa, verkeersongelukken of weet ik veel, al die moeilijke dingen vragen allemaal zorg, maar wel een specifieke zorg.

1.2.4. Wat tonen kinderen en jongeren in het omgaan met verlies en emotionele pijn?

Bij kinderen kan het vaak op drie niveaus duidelijk zijn. Voor mij is dat ook een antwoord op het problematische gedrag, op het feit dat zoveel kinderen en jongeren uit evenwicht zijn en signaalgedrag tonen. Ze vertonen heel vaak lichamelijke reacties, maar ook gevoelens. Als een kind staat te trappelen van kwaadheid, is dat nog gezond. Maar als dat ont-aardt in een pure agressie op de speelplaats waar het erop los klopt, dan is dat iets anders. Dan is de vraag wat dat kind te leren heeft. We zien ook vaak dat kinderen concentratie- en geheugenstoornissen hebben op het moment dat er iets gebeurt. Dat is ook logisch. Dat is bij ons ook hetzelfde. Ik ga hier heel kort door de bocht, want ik kan hier uren over bezig zijn, maar het is een zorg die naar mijns inziens te weinig aandacht krijgt in deze maatschappij. Dat is het belang van wat ik hier wil vertellen in deze commissie.

Mijn bedenking hierbij is dat het werk van het ckg, de residentiële verblijven en instellingen verstoord wordt omdat ze heel veel opvang doen en verlenen aan kinderen en jongeren met zware emotionele problemen en de uitingen of het effect daarvan. Daar tegenover staan de jongeren met een echt psychiatrisch beeld. Men moet het daarover met mij niet eens zijn, maar ik wil het wel naar voren brengen.

1.3. Feiten en cijfers

Het is een feit dat in Vlaanderen de eerstelijnsgezondheidszorg ongelooflijk goed en sterk is uitgebouwd. Mijn team en ik worden daar dagelijks mee geconfronteerd. Er zijn heel wat voorzieningen voor kinderen en jongeren. Dat gaat om zorgleerkrachten, het CLB, de zelfmoordlijn, Kinder- en Jongerentelefoon, kinderrechten, slachtofferhulp en noem maar op. Nu ook zijn er de opvoedingwinkels die als paddenstoelen uit de grond rijzen.

Dan is er de tweedelijnsgezondheidszorg met de cgg's en de instellingen. De derdelijnsgezondheidszorg is de psychiatrie. Daar ligt voor mij een enorm hiaat, want dan komen heel wat kinderen en jongeren op die brug te staan tussen de eerstelijns- en tweedelijnsgezondheidszorg. Ze moeten soms een tot anderhalf jaar wachten vooraleer hun signalen zorg krijgen. In die tussentijd wordt er vaak gediagnosticeerd of doorverwezen naar diagnosecentra omdat dat gedrag natuurlijk niet klopt. Daar moet zeker iets mee gebeuren. Maar de vraag is wat we daarmee doen. Gaan we kijken op micro- of macroniveau? Wat gebeurt er allemaal met het kind vanbinnen? Gaan we meer zorg geven aan de binnenwereld of gaan we zorgen voor nog meer bedden, nog meer residentiële instellingen enzovoort? Dat is gewoon een open vraag.

Er zijn veel wachtlijsten. Mijn bedenking is wat er schort met de preventie. Ik geef toevallig intervisie aan een aantal opvoedingswinkels. Dat is geen kritiek, maar gewoon iets om over na te denken. Ik zie dat twee afgestudeerde mensen binnen de opvoedingswinkels heel veel en goed werk kunnen doen. Dan zie ik ook de instroom. Ik hoor wat ze me vertellen over die problematische en moeilijke opvoedingssituaties waar ze het heel lastig mee hebben. Dan is er terug die intervisie, al dan niet om te helpen met dat stuk.

Ik denk ook aan zelfmoordpreventie. Laat ons eens goed nadenken over die preventie. Wat hebben die kinderen en jongeren eigenlijk nodig? Daar gaat het me nu om. We zitten hier op dat macroniveau, maar wat hebben zij nodig om te kunnen bekomen? Een jaar geleden stond er in de krant dat twee meisjes een geslaagde zelfdoding hebben gedaan ergens in een school tegen het Brusselse. Een van de meisjes had een afscheidsbrief geschreven, en daarin stond maar een zinnetje dat me heel erg is opgevallen. Dat heb ik uitgeknipt en ik gebruik dat ook in bepaalde opleidingen. De zin luidt: "Niemand luisterde naar me en niemand begreep ons.". Dan vraag ik me af wat we met zijn allen niet begrijpen. Dat is het grote hiaat dat er tussen de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg zit.

Er zijn natuurlijk ook cijfers. Ik heb gisteren nog gebeld met Nico De fauw van de Werkgroep Verder. Het zelfdodingscijfer is hoog. Ik ga alles niet zomaar aflezen. Het zelfdodingscijfer ligt duidelijk hoger dan in de naburige landen, in vergelijking met Nederland is het 2,8 keer hoger. Dat is veel. Elke week heeft een school in Vlaanderen met een zelfdoding te maken. Er zijn ingrijpende gebeurtenissen. Eén op de drie koppels gaat uit elkaar. In steden is dat één op twee. Ik heb heel veel goesting om dat niet te geloven, maar het zijn cijfers. Daardoor maken 35.000 kinderen per jaar in België een scheiding mee. Zij hebben zorg en aandacht nodig om te kunnen bekomen, want een scheiding is een ingrijpend verlies. Ik leg de link met wat er gebeurt in onze nesten, met al die problematische opvoedingssituaties. Het is niet evident: veel eenoudergezinnen, veel nieuw samengestelde gezinnen. Begin er maar aan. Ik heb dat niet geleerd in mijn basisnest. Toen zag het er nog anders uit. Maar ik word ook ouder. Het is anders geworden.

Professor Deboutte had het erover, en professor Adriaenssens zegt het ook: de doelgroep stijgt gestaag en zendt signalen uit. 40 percent van de kinderen en jongeren valt uit de boot. Van de tien slachtoffers krijgen er negen geen hulp vanuit slachtofferhulp.

2. Beleidsvoorstellen op korte, middellange en lange termijn die de stijgende instroom moeten tegengaan

Ik heb geen beleidsvoorstellen. Het is wel belangrijk om over een aantal zaken na te denken. Ik heb een onderscheid gemaakt tussen preventie en het curatieve aspect.

2.1. Preventie

2.1.1. Algemeen

Wat preventie betreft, is het puur empirisch opgebouwd vanuit de ervaring. Wij hebben gekwantificeerd. Ik werk zeer graag samen met onderzoekers. Wij hebben op dit moment projecten samen met de faculteit Psychologie van de Universiteit Gent. Zo hebben wij het gevoel dat kinderen en jongeren vaak stoppen of vertragen in hun ontwikkeling op het moment van een ingrijpend verlies. Wij onderzoeken of wij al die vertragingen als ontwikkelingsstoornissen kunnen diagnosticeren.

Ik heb het gevoel dat problemen op microniveau ook het best op microniveau worden genezen. De eerste signalen ontstaan altijd in onze nesten, in onze kinderdagverblijven, in het onderwijssysteem, de CLB's en spoeddiensten. Daar kan Kind en Gezin heel wat doen.

Gisterenavond stelde ik in een school in Haacht voor om elke ochtend te beginnen met een vrij halfuurtje om de kinderen te laten bekomen, om hun signalen op te vangen. Ze komen opgejaagd toe. Een ander onderzoek, waarover Bernard Dewulf nog een heel mooie column heeft geschreven, wijst uit dat één op de tien ouders op zijn gemak opstaat en op zijn gemak aan zijn dag begint. Dat is herkenbaar, en het doet iets met onze kinderen. Dat halfuurtje bleek al een probleem te zijn. Eens een praatrondje doen: dat zijn kleine dingen, die misschien grote probleemsituaties kunnen voorkomen.

Wij voelen het probleemproces ook in ons preventief en curatief werk in Gent. Het kan onderbroken worden, vooral door de ouders en medeopvoeders draagkrachtiger te maken en door onze kinderen en jongeren in een overbevraagde samenleving draagkrachtiger te maken.

Wij zijn ook bezig met het in kaart brengen van netwerken van zorg, noden en behoeften binnen de provincie. Wij bouwen in Oost-Vlaanderen een netwerk op. Wij praten met centra voor geestelijke gezondheidszorg, centra voor kinderzorg en gezinsondersteuning, opvoedingswinkels en scholen in het basisonderwijs en gemeenschapsonderwijs, gewoon

om zicht te krijgen op wat er aan het gebeuren is. Ik voel dat het goed is dat wij met elkaar in verbinding staan. Wij staan in verbinding met elkaar. Nadien kunnen we dat eventueel hier, op beleidsniveau, breder bekijken.

2.1.2. Op nestniveau

Het is heel belangrijk om opnieuw meer verbinding te maken in onze nesten. Dat zou een thema kunnen worden. Daar vertrekt ontzettend veel. Wij moeten opnieuw spelen met onze kinderen, opnieuw verbinding maken, opnieuw af en toe momenten maken om te praten. Paul Verhaeghe zegt daar ook mooie dingen over.

Als er zaken gebeuren, moeten de nesten worden hersteld. Dit heeft aandacht en zorg nodig. Zo kunnen we voorkomen. We moeten leren omgaan met stress en overprikkeling. Daar kunnen we ook nog iets van leren.

2.1.3. Op schoolniveau

De zorgverbreding op school werkt heel sterk. Ik praat daarover met directies, met het gemeenschapsonderwijs. Er zijn daarover studiedagen. Wat betekent zorgverbreding vanuit – en dat vind ik zo mooi – de behoefte van het kind en de jongere? Ik toon hier een mooie foto van een leesplek ergens in een school. We hebben dat nodig. Het stopt niet met het moment dat we naar school gaan.

Ook belangrijk is dat de kinderen rust willen. Eind vorige week zei een jongere mij: “Ik wil alleen maar rust.”. Een mooie vraag van mijnentwege is dan: “Wat bedoel je daarmee? Wat zie je zitten? Wat denk jij dat rust voor jou betekent?”. Dat is een gezonde vraag. Wees maar zeker dat dit het draagkrachtiger maken mogelijk maakt, het scheppen van eigen antwoorden, het zelf krachtiger kunnen worden door dat zelf te kunnen formuleren en door dat niet ingevuld te zien door opnieuw die grote mens. Zo maken we ze klein, faalangstig en niet draagkrachtig genoeg.

Misschien ben ik af en toe te extreem in mijn uitspraken, maar ik doe het om het soms wat krachtiger te maken.

Wij volwassenen voeren rust vaak in door yogalessen in te voeren enzovoort. Dat is goed om elke dag die rust te bereiken. Kinderen willen bewegen. In hoever kunnen we dat in onze scholen projecteren? Kinderen hebben zoveel nood om echt beluisterd te worden, zeker ook pubers en jongeren. Dat heeft niets te maken met de contouren van een opvoeding heel duidelijk te stellen, het kan ook op een heel rustige manier. Als je het van hen uit kunt laten komen, zijn het vaak heel mooie momenten.

2.2. Curatief: uitbreiding laagdrempelige ambulante zorg

Wat doe je met al die kinderen op de brug, die problematische gedragingen, reacties, handelingen hebben? We zijn dus bezig met een provinciaal netwerk. Ik heb het gevoel dat het gemakkelijker te organiseren is. Je kunt zorgen en noden in kaart brengen, zien waar er hiaten zijn en wat er nodig is, in samenwerking met eerstelijns- en tweedelijnsgezondheidszorg. Het is ook heel belangrijk om te weten wat bij leerkrachten leeft, wat bij CLB'ers leeft, wat bij zorgcoördinatoren leeft, wat bij directies leeft.

We hebben een meldpunt, en dat is een aanspreekpunt dat drie keer in de week vrijwillig door onze collega's wordt bemand. Er komen zeer veel vragen. Ik geef een extreem voorbeeld: mijn jongere heeft een zelfmoordpoging gedaan en heeft een week op een spoeddienst verbleven. Hij kan op dit moment niet in de psychiatrie terecht. Kunnen jullie helpen? Of een leerkracht belt dat er een 10-jarig meisje is verongelukt. Kan ik zelf iets met mijn klas doen? Of er is een echtscheidingssituatie of een pesterij. Vaak is er een emotionele ondertoon. Er komt veel op af. De aanmeldingen vanuit de CAW's en de cgg's komen daar terecht, met al dan niet verwijzing naar ambulante zorg.

Intussen zijn we een vzw. Eigenlijk willen we die zorg gratis doen, maar dat kan natuurlijk niet. Het is een grote bekommernis van ons team. We noemen onze teamvergadering een ‘broedmoment’. Gisteren hebben we er nog zo een gehad om alles in kaart te zetten. Waar kunnen we een beroep op doen? Wat is er binnen de zorg? Er zijn ziekenfondsen, er zijn de bijkomende kosten waarop we een beroep kunnen doen als iemand vanuit pleegzorg of adoptiediensten komt. Sommige scholen hebben een fonds om dat te doen. Wij proberen onze kosten zo laag mogelijk te houden. We zijn er heel sterk mee bezig.

De preventie ligt ook in het sensibiliseren door vorming en trainingen aan te bieden. We werken ook met zorgpakketten voor scholen. Je kunt niet geloven hoe daarop wordt ingetekend. Ik was vorig jaar ook op de directieconferentie in Houffalize. Het is een noodkreet. Wat kunnen we doen? Wat zit erachter? Kunnen we meer doen door af en toe wat meer en heel rustig zorg te geven? Een schouderklopje geven of een plek waar men kan bekomen. Ik ga niet uitleggen wat die zorgpakketten inhouden, want dat brengt me te ver.

Voor mij is dat een antwoord: de uitbreiding van laagdrempelige, ambulante zorg, de eerstelijnszorg, liefst gesubsidieerd, maar ik weet dat dat op dit moment niet kan. U moet zich een situatie voorstellen waarbij er van alles gebeurt, ook in de thuissituatie. Wij proberen op het curatieve vlak een antwoord te bieden op die zeer grote vraag vanuit het project.

Ik geloof dat we op die manier zouden kunnen zorgen voor minder opnames in de psychiatrie, jeugdinstellingen of ckg's indien we voor dat eerste stukje preventie meer op de behoeftes van het kind of de jongere zouden kunnen inspelen.

III. VRAGEN VAN DE LEDEN

Mevrouw Gerda Van Steenberge: Ik hoor u graag praten over het nest. We kunnen wel een nest vormen maar als dat nest leeg is, dan staan we daar. Hoe kunt u uw uiteenzetting verzoenen met de beleidsoptie die nu wordt genomen om zoveel mogelijk mensen en dan vooral vrouwen op de arbeidsmarkt te krijgen? Zelfs als er een nest wordt gevormd, moet daar een kip op zitten om een ei te kunnen broeden.

De heer John Crombez: Mijn vraag gaat ook over de eerste presentatie. Daarin staat dat het mogelijk is te detecteren waar de problemen zich voordoen. Het ging over 20 à 30 percent probleemstoornissen, afhankelijk van de term die daarvoor wordt gebruikt, en 10 à 12 percent gehandicapten. De context die nu wordt geschetst, is vooral die van de jongeren zelf en hun onrust. Die twee zijn met elkaar te verzoenen. Ik stel deze vraag omdat ik me afvraag hoe we de zaken zo doelmatig mogelijk opnieuw organiseren. Kind en Gezin had het over meer ambulante zorg wat door de laatste twee sprekers wordt beaamd.

De vraag is dan hoe dit moet worden geïmplementeerd. Ik hoor uit de verhalen hier dat er nog heel wat ondoelmatigheden zijn en dat de zorg die we organiseren, niet gericht is op de hulpvraag van het kind. Wij organiseren zorg die gericht is op de plaatsen en op de context met de ouders enzovoort. Als we die positieve tendens volgen naar meer ambulante zorg, intra muros en preventief, hoe kunnen we er dan voor zorgen dat die meer kindgericht en specifiek wordt?

Uit beide presentaties blijkt dat de manier waarop de psychiatrie of de psychologische ondersteuning kan worden ingebracht, heel mank loopt. Beide sprekers hebben gezegd dat psychologische ondersteuning in de zorg heel belangrijk kan zijn. Hoe wordt dat ingeschakeld als men naar een meer ambulante zorg intra muros gaat? We zijn nu bezig met de eerste expertiseanalyses. De wegen die worden ingeslagen, zijn vaak interessant, maar de uitvoering verloopt niet altijd optimaal. Als dan toch een aantal wendingen worden genomen, laten we die dan zo goed mogelijk nemen.

Het verbaasde me enorm dat u zei dat een van de dingen die zeer goed zijn in dit land, de organisatie van de kinderrechten is. Ik heb deze week het omgekeerde gelezen. Wat bedoelt u precies met feiten?

Mevrouw Mieke Vogels: De ene uiteenzetting was meer wetenschappelijk en de andere meer emotioneel. Toch denk ik dat ze grotendeels op elkaar aansluiten. U stelt dat we moeten loskomen van het hokjesdenken, het problematiserend en diagnosticerend denken, en dat we opnieuw moeten vertrekken vanuit de positie van het kind. Ik heb de indruk dat we in een samenleving leven waarin het kind steeds meer rechten heeft, maar steeds minder ruimte om kind te zijn: geen ruimte om te spelen, geen ruimte om zich te vervelen. Het is toch ongelooflijk belangrijk dat men zich kan vervelen en erover kan nadenken. Kinderen hebben geen plaats om te bewegen. Als we over preventie willen denken, moet dat daarin mee worden opgenomen.

Professor Deboutte had het daarnet over het feit hij grootvader is. Ik ben ondertussen een ervaringsdeskundige oma. Mijn kleindochter is drie jaar. Ze is naar de kinderopvang gegaan, waar er één begeleider was voor zeven kinderen. Toen ze 2,5 jaar werd, is ze overgestapt naar de kleuterschool. Nu zit ze in een – goede – containerklas. Maar er staan wel vier containers op de speelplaats. En die speelplaats is niet groter geworden. Die eetzaal is niet groter geworden. Die kinderen eten nu in shifts in een omgeving – Antwerpen – waar de problematiek groot is. De kinderen zitten met 25 in de klas. Mijn kleindochter bijt letterlijk van zich af. Mijn dochter werd bij de leerkracht geroepen en kreeg zowat het bericht dat haar kind een problematische kleuter is. Het is een mooi voorbeeld over hoe we met onze kinderen omgaan. Mijn dochter voelt zich al schuldig.

Er is nog iets anders waar ik me ontzettend aan erger. U had het daarnet over eetgewoonten, over obese kinderen. Een tijdje geleden sprak ik met een kinderarts. Hij zei me dat hij aan de kinderen die hij begeleidt, meestal kinderen uit lagere sociale klassen uit steden, probeert mee te geven dat ze langzaam moeten eten en dat ze geen tussendoortjes mogen eten. Maar dan gaan de kinderen naar de school, die overbevolkt is. Ze moeten in shifts eten. Ze kunnen dus sowieso niet traag eten. Vier van de tien kinderen gaat naar die school zonder ontbijt. Om 10 uur vallen die in slaap op hun bank en hebben ze een ‘suikerboost’ nodig om de rest van de dag door te komen. Tijdens de middag hebben ze 50 minuten tijd. Tijd om te spelen is er niet. Daarover moeten we toch echt durven na te denken.

Het is toch niet normaal dat een student aan de universiteit ’s middags voor 5 euro kan eten en kan kiezen uit vier verschillende maaltijden, met nog een groentebuffet erbij, terwijl de kinderen in de kleuter- en lagere school hun ‘bokes’ moeten opeten op een half uur tijd. Dat is de omgekeerde wereld. Waarom geven we geen gezonde maaltijden aan de kinderen op school? Waarom kan dat wel op de universiteit en niet in de lagere school? Daarover zouden we toch eens moeten nadenken. Anders blijft het dweilen met de kraan open.

Mevrouw Vera Celis: Ik dank u voor de omstandige uitleg. Ik sluit me graag aan bij de uiteenzetting van mevrouw Vogels. Ik kom zelf uit het onderwijs. Ik heb dat ook gezien. Toch vind ik dat er heel wat in de scholen gebeurt om het zo comfortabel mogelijk te maken.

Kinderen geven signalen. Een aantal van die signalen wordt perfect opgevangen in het nest waar ze uit komen of de school heeft het nodige draagvlak om dat te doen. Waar kan men echter het dunne koord leggen om te zeggen dat iets kan worden opgevangen en iets anders problematisch gedrag is, waarvoor professionele hulp nodig is? Ik weet niet of men die lijn kan leggen, maar ik vind dat wel belangrijk. Wat een probleem is voor de een, is dat niet voor de ander. En er zijn zo veel kanalen binnen die hulpverlening. Wanneer moet ik daar naartoe stappen en wanneer kan ik dat nog opvangen?

Mevrouw Tinne Rombouts: Ook ik dank mevrouw Celie voor de toelichting. Als ik de discussies hoor, sluit ik me aan bij de vraag van mevrouw Celis. Ik voel dat we een aantal lijnen en conclusies proberen te trekken. Ik vraag me af of het correct is het op die manier te doen. Mevrouw Vogels zegt dat de kinderen veel ‘gehaaster’ leven en dat ze weinig tijd krijgen om hun boterhammen te eten. Ik denk dat heel veel kinderen hun boterhammen eten zonder dat dat problemen oplevert. Dat was zo in het verleden en dat werd toen helemaal niet als een probleem beschouwd. Mevrouw Vogels zegt dat haar kleinkind bijt. Ik ken heel veel kinderen die bijten. De vraag is dan of dat effectief een probleem is. Ik schrik daar toch fel van terug. Het is niet omdat die kinderen in grote groepen zitten en er iemand bijt dat we dat als het grote probleem moeten zien. Iets anders is de vraag over een nestomgeving. We moeten daar aandacht voor hebben, zowel thuis als op school. Mijn grootste bezorgdheid is dat we vandaag een aantal dingen anders doen en dat we daar heel snel een probleem aan koppelen. Hoe moeten we daarmee omgaan?

Mevrouw Katrien Schryvers: Ook ik dank de sprekerster voor haar inbreng. Ik sluit me aan bij de opmerkingen van mevrouw Rombouts. We zoeken misschien ook heel vaak problemen in onze maatschappij. Als er een probleempje is, moet het een naam krijgen en nadien moet er dan een opvolgprogramma zijn, terwijl het vaak vanzelf overgaat.

U zegt dat de druk op kinderen en jongeren zeer groot is. U verwijst naar het nest op schoolniveau. We zouden de kinderen meer veiligheid en rust moeten kunnen geven. Ik begrijp dat het zeer moeilijk is, maar ik heb nog weinig aanzetten gehoord over de manier waarop we daarvoor kunnen zorgen. Het is gemakkelijk om te zeggen dat we onze kinderen meer rust moeten geven, maar hoe komen we daartoe, welke ingrepen zijn er in ons maatschappelijk leven nodig zodat die nesten opnieuw die rust kunnen geven?

Dat is ongetwijfeld iets dat op heel veel beleidsniveaus moet worden gezocht. Deze commissie moet daar mee naar zoeken. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat die problemen zich niet voordoen en dat we die instroom voorkomen?

Mevrouw Else De Wachter: In mijn kleutertijd zat er iemand in mijn klas die elke dag iemand beet. Elke dag werden er pakken haar in de vuilnisbak gevonden. Die jongen is tamelijk goed terechtgekomen en ik heb er zelf ook geen trauma aan overgehouden. Ik wil maar zeggen dat we vandaag snel overdiagnosticeren. Hetzelfde geldt voor een kind van twaalf dat rilatine wordt toegediend omdat het nogal hevig is. Hij woont op een appartement en heeft alles: PlayStation, Nintendo enzovoort. Misschien moet die jongen op een bepaald moment eens naar buiten om zich uit te leven omdat het binnen wat te druk wordt. Maar dat gebeurt dan niet.

Op de lokale niveaus worden de jeugdbeleidsplannen vormgegeven en goedgekeurd. Ik ben zelf ook schepen van Jeugd en zie dat de jonge kinderen van zes tot elf de veiligheid rond de school als belangrijkste probleem aangeven, omdat er te snel wordt gereden. De dag nadien stel ik vast dat de school begint om 8.30 uur, en om 8.40 uur wordt de plaatselijke politieagent die het verkeer regelt, bijna omver gereden omdat de mama te laat is, want de les is al tien minuten bezig, en ze parkeert op het zebrapad want anders moet ze nog twee meter verder lopen terwijl ze al tien minuten te laat is. Dan kunnen we ons afvragen waar het probleem zit.

Het gaat hier ook over eten. Mijn dochter is niet zo’n goede eter en ze zegt dan dat ze niet veel tijd had en dus kreeg ze haar boterhammen niet allemaal op. We moeten alles een beetje in perspectief plaatsen. Soms komt ze thuis en zegt ze dat ze een halve boterham minder heeft gegeten omdat iemand een boterham was vergeten. Dat zijn belangrijke signalen die we op dat moment moeten opvangen.

Mevrouw Tinne Rombouts: Op welke manier kunnen we de nestomgeving aanpassen? Waar moeten we de lijn trekken als het gaat over diagnose? Hoe moeten we het aanpak-

ken om die instroom en die diagnose niet te krijgen? Reageerden ouders en leerkrachten vroeger anders op een kind dat beet? Werd dat dan geaccepteerd en ook dat dat kind thuis werd bestraft? Werd er vroeger thuis meer over gepraat? Hoe moeten we vermijden dat de diagnostiekinstroom zo groot is?

Mevrouw Gerda Van Steenberge: Hier wordt gezegd dat er niet meer wordt gepraat omdat de ouders niet meer in contact komen met de juf aan de schoolpoort, want daarna is er opvang en dat is iemand anders. Vroeger hadden we een heen-en-weerschriftje. Als ouder kon je schrijven wat er mankeert aan je kind, of welke medicijnen het nodig had. Er wordt niet meer gepraat omdat er geen tijd meer is om te praten.

Mevrouw Else De Wachter: Misschien zullen door het aanbieden van bepaalde kwaliteitsvolle initiatieven, andere initiatieven afzwakken.

Mevrouw Lut Celie: Dit is wel belangrijk. We gaan kijken op kindniveau wat er klopt en wat niet. Dit is het echte debat. Het moet uitmonden in een vijf- of tienstappenplan op beleidsniveau. Het zou een mooie oefening zijn om een overleg te hebben over wat de behoeftes van kinderen zijn. Wat hebben ze nodig op school? Wat is belangrijk op nestniveau? Hoe kunnen we dat invullen? Wie kan dat? Wat kan Kind en Gezin? Wat kunnen de ouders? Ze hebben nood aan een fundamenteel veiligheidsgevoel. Hoe doen we dat dan? Zit dat in onze opvoedingsondersteuning? In de mijne wel, omdat ik sterk vertrek vanuit het kind en de jongere. Niet om hun alle lof te geven, maar om na te gaan hoe we in de leefwereld van dat kind kunnen kijken.

Wat hebben die kinderen nodig? Ruimte, niet te veel diagnoses, anders gaan kijken naar kinderen. Het is een etter, het is een koppigaard, het is een agressieveling, het is dit, het is dat: de stigmatisatie is er te veel aan. In de plaats daarvan kunnen we het anders bekijken. Hij bijt: waarmee kan hij dan niet om? Als een kind huilt in het kinderdagverblijf, kunnen we ons afvragen of het daar al een hele dag aankan. Er zijn kinderen die dat niet aankunnen. Zo kijken we vanuit de behoefte van het kind.

We moeten behoeftes op alle niveaus bekijken. Wat begrijpen we niet? Dat zijn vragen die ik heel interessant vind. Die brengen me bij de echte basis, waarop we onze beleidsplannen kunnen maken. We kunnen kijken naar ruimte en beweging. Een kind kan in een appartement wonen en vaak achter een PlayStation zitten. Durf dat eens breder te trekken dan wat we kennen. Dit biedt een andere kijk.

Of je het nestgevoel in een school of in een instelling of een ckg creëert, voor mij is dat gelijk. Het gaat om een manier van verbinding maken met kinderen. Ik hoef geen uren op mijn ei te zitten om een goede moeder of vader te zijn. Contact maken met een kind is belangrijk. Dat is een belangrijke boodschap in opvoedingsondersteuning. We moeten voeling hebben, ook met een puber, ook al moet ik tijdens de afwas naar muziek luisteren die me niet zint. Maar je hebt wel voeling met zijn belevingswereld. Dan krijgt hij er ook de discussies bij die mij wel zinnen.

Ik ben zelf weinig thuis, maar de momenten van verbinding zijn er wel. Zijn de contouren duidelijk? Dat is nog iets anders dan de opvoeding op zich. Vaak is dat een open vraag. Is er nagedacht over visie binnen elk gezin?

De preventie moet eveneens vertrekken van de behoeftes van het kind. Hoe kunnen we dat in beleidstermen omzetten? Wat kunnen we doen? Er is niet altijd veel geld voor nodig. Ik ben niet echt thuis in beleidsvoering, maar dat denk ik echt. Kleine veranderingen kunnen helpen en de zaken opentrekken.

Mevrouw Celis en mevrouw Rombouts, u geeft aan dat er op de scholen al zoveel gebeurt. Dat klopt, en toch zijn ze in nood. We moeten dat onder ogen zien. Ik spreek niet over één

school, maar in het algemeen. Ik had met de coördinator van het gemeenschapsonderwijs Oost-Vlaanderen een verkennend gesprek over een studiedag. Hij vertelde dat hij al tien jaar bezig is met zorg, volgens het handelsgericht werken, maar er is nog nooit zoveel doorstroming geweest naar het bijzonder onderwijs en nog nooit zoveel diagnoses van autismespectrumstoornis. Dat is bovendien vier keer zoveel als in onze buurlanden. Ik viel bijna achterover. Dat klopt toch niet meer.

Ik merk op dat dat allemaal gebaseerd is op volwassenen. De tekst is opgesteld door volwassenen. Er is een stappenplan, een observatieperiode, een evaluatie. Er is veel schrijfwerk gebeurd, maar waar is de echte zorg? Ik ga het op die studiedag eens opnemen voor het kind: ik ga vertrekken vanuit de behoeftes van het kind. Ik mis daar iets.

Wij zijn sterk bezig met opvang. Wij zijn geen psychiatrie. We zijn geen residentiële instelling. De eerstelijnszorgers willen ons werk wel leren kennen. We willen niet diagnosticeren en problematiseren. We focussen op de signalen. Wat is de echte boodschap van het kind? Wat toont het kind dat de ouder of leerkracht niet aankan? Men kan ondersteuning vragen. Dat zijn niet noodzakelijk grote therapieën. Een kind dat bijt, dat zien we vaak. Dat is een reactie op iets dat het kind stoort of het is zijn temperament. Een kind met temperament toont meer gevoelens dan een gelaten kind. Maar waar ligt de grens?

We hebben een kader dat we aanbieden aan leerkrachten en aan slachtofferhulp en dergelijke. Daarin leggen we het verschil uit tussen een gewone reactie en signaalgedrag dat zorg vraagt. Dat is redelijk duidelijk. De ene jongere kan makkelijker met kwaadheid om dan de andere. Sommige jongeren reageren anders omdat ze zich geconfronteerd voelen. Het gaat dan om een soort van ‘trigger’.

Wat is problematisch gedrag en wat niet? Ik vraag mensen vaak om te zoeken wat er achter het gedrag kan zitten. Ik vraag om te proberen om het gedrag te duiden, op een heel gewone rustige manier.

Ik geef een voorbeeld. Een jongen krijgt tijdens een zware vechtscheiding een woedeaanval. Hij wordt door de politie geboeid en opgepakt, en opgenomen in de psychiatrie, ook al vindt de moeder dat hij daar niet thuishoort. Dat lijkt me heel duidelijk problematisch gedrag. Vraag is: wat is hier wat? De jongen leert omgaan met zijn kwaadheid, met de moeilijkheden. Hij kan het spoor terugvinden; dat voelen we. Is dat een gewone reactie? Ik nodig iedereen uit om daar eerst over na te denken. Hetzelfde geldt voor angstgevoelens. Er zit zoveel angst bij volwassenen: het is heel logisch dat kinderen ook regelmatig onveiligheid ervaren. Opnieuw is de vraag: wat hebben ze nodig? Ik zal daar nu niet dieper op ingaan. Dat zou mij inhoudelijk te ver voeren.

Ik geef u misschien geen echt antwoord. Dat krijgt men meestal niet van mij. Dat is zo’n beetje wat ik bedoel. Het is aftasten. Wat voelt hier nog goed? Men moet op een andere manier leren kijken. Het heeft geen zin om het kind een label van agressieveling of kop-pigaard op te plakken. Het heeft zin om zich af te vragen waarom een bepaald gedrag gebeurt.

Else DE WACHTER,
voorzitter

Marijke DILLEN
Mieke VOGELS
Katrien SCHRYVERS,
verslaggevers

Gebruikte afkortingen

ADHD	attention deficit hyperactivity disorder
BJB	bijzondere jeugdbijstand
CAW	centrum algemeen welzijnswerk
cgg	centrum voor geestelijke gezondheidszorg
ckg	centrum voor kinderzorg en gezinsondersteuning
CLB	centrum voor leerlingenbegeleiding
KCE	Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg
manama	master na master
MOF	als misdrijf omschreven feit
POS	problematische opvoedingssituatie
RIZIV	Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

BIJLAGE 1:

Presentatie van prof. dr. Dirk Deboutte



De jeugdzorg in Vlaanderen

- elementen voor een doelmatig beleid

Prof. dr. Dirk Deboutte
kinder- en jeugdpsychiatrie
Universiteit Antwerpen & Universiteit Gent
ZNA Universitair Centrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie

Universiteit Antwerpen



Inhoud

- Het doel
- De behoefte
- Het aanbod en effect
- Vraag, gebruik en satisfactie
- Anders en beter, maar hoe

Universiteit Antwerpen

1



'The true measure of a community's standing is how well it attends to its children – their health and safety, their material security, their education, and sense of being loved, valued, and included in the families and communities into which they are born.'

Universiteit Antwerpen

2



Het doel

Ervoor zorgen dat alle kinderen en jongeren de verwachte cognitieve, sociale en emotionele competenties en weerbaarheid bereiken, een veilige gehechtheid ontwikkelen en bevredigende sociale relaties uitbouwen om persoonlijke engagementen en maatschappelijke bijdragen te realiseren.

Dit veronderstelt een positief betrokken en competentiebevorderende context (gezin, school, maatschappij)

Universiteit Antwerpen

3



De zorg voor jeugd en jeugdzorg

- De zorg voor jeugd is een brede maatschappelijke opdracht, de peilers zijn gezin & onderwijs
- De jeugdzorg gaat over (professionele) systemen van zorg ter voorkoming, correctie, ondersteuning van/bij (ontwikkelings-)problemen of stoornissen
 - Welzijn
 - (Geestelijke) Gezondheidszorg
 - Justitie

Universiteit Antwerpen

4



De behoefte

Universiteit Antwerpen

5



De doelgroep

- Prevalentie van emotionele en gedragsproblemen / stoornissen (psychopathologie) 20 – 30%
 - **Prevalentie (ernstig / handicap) 10-12%**
 - Vlaanderen: +/- 150.000
 - In volwassenheid lijdt 50% op enig moment aan ernstige psychopathologie waarvan begin zich situeert in kindertijd
 - De maatschappelijke kost: x 10
- Universiteit Antwerpen

6



Risicogroepen

- Prematuur geboren 60%
- Voorgeleid voor jeugdrechtbank 70%
- Bijzondere jeugdbijstand
 - Pleegzorg 25%
 - Thuisbegeleiding 60%
 - Dagcentrum 60%
 - Residentiële zorg 50%
 - Gemeenschapsinstellingen 80%
- Immigratie ?

Universiteit Antwerpen

7



Psychopathologie en POS

- Soms enkelvoudige oorzaak
- In de regel combinatie met / gevolg van kindfactoren
- Vaak onderhoudende (soms versterkende) factor

Universiteit Antwerpen

8



(Risico)factoren - cumulatief effect

- Genetische kwetsbaarheid en veerkracht
- Lucht
- Voeding (obesitas)
- Middelengebruik
- Opvoeding (maatschappij, ouders...)
- Geweld (in alle vormen)
- Migratie
- Langdurige stress
- Pesten en gepest worden (internet)

Universiteit Antwerpen

9



Het aanbod

Universiteit Antwerpen

10



Het specifieke aanbod

- Professionals met hun competenties
 - Geen specifieke opleiding met uitzondering van orthopedagogiek en kinder- en jeugdpsychiater
- Bedden, plaatsen, stoelen

Universiteit Antwerpen

11



Het specifiek aanbod

Sectoren / Systemen – Duidelijke (af)scheiding en hoge differentiatie

- Bijzondere Jeugdbijstand
- Kind en Gezin
- Vlaam Agenschap Personen met een Handicap
- Geestelijke Gezondheidszorg
 - Centra GGZ
 - Revalidatiecentra
 - Kinder- en jeugdpsychiatrische diensten
- Verslavingszorg
- Privé praktijken....

Universiteit Antwerpen

12



Kinder- en jeugdpsychiatrie

- Minder dan 5% van budget (België)
- Aanbod: bedden
 - Provinciaal in relatie met bevolking tot uitbreiding van middelen 'for K'
 - Onevenwichtige verdeling middelen for K / crisis, vooral in nadeel Vlaanderen en provincie Antwerpen
- Geen structurele poliklinische, ambulante middelen
 - Onevenwichtige verdeling beperkte 'outreaching' middelen
- Onevenwichte spreiding RIZIV conventies (o.a. revalidatiecentra)
 - in nadeel van Vlaanderen en provincie Antwerpen
- Aantal kinder- en jeugdpsychiaters: 180

Universiteit Antwerpen

13



overzicht België 'for K' middelen januari 2009

	Bevolking % min 18 jr NIS 01/01/2008	% FOR K + SGA + JC bedden	% bedden / % min 18 jr NIS 01/01/2008
Vlaanderen	55.45	47.06	0.85
Brussel	10.45	26.14	2.85
Wallonië	34.10	26.80	0.79
Totaal	100.00	100.00	evenwicht = 1

Universiteit Antwerpen

14



'for K' middelen januari 2009

	Bevolk % min 18 jr 01/01/08 NIS	% FOR K + SGA + JC bed	% bedden / % min 18 jr	Jeugdrechter % 01/01/2010	GBJ % 2007
Provincie Antwerpen	28.20	25.00	0.89	35.71	40.09
Provincie Limburg	13.19	18.06	1.38	14.29	9.63
Provincie Oost-Vlaand	22.72	25.00	1.10	19.05	18.03
Provincie West-Vlaand	18.02	13.89	0.77	16.67	19.48
Arrondissem Leuven	7.60	18.06	1.76	4.76	4.48
Arrondissem B-H-V	10.27	0.00	0.00	9.52	8.29
TOTAAL	100.00	100.00	evenwicht = 1	100.00	100.00

Universiteit Antwerpen

15



Gebruik bedden (gezondheidszorg) België 1997 - 2006

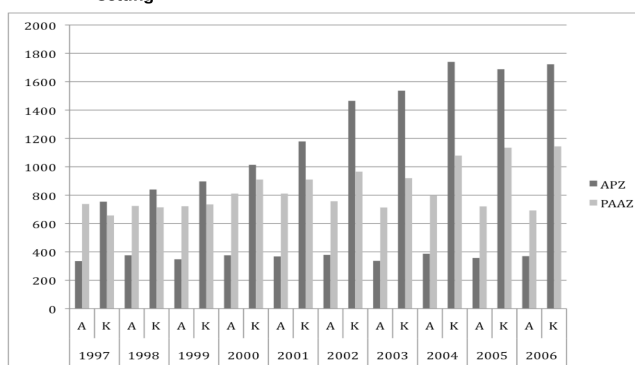
- Psychiatrische diensten
 - aantal opnemingen x 2 (4984)
 - 20% in afdelingen voor volwassenen
 - 45 tot 50 dagen gemiddeld
 - 43% twee weken of korter
- Somatische diensten
 - Aantal opnemingen: stabiel (3124)
 - 4 tot 6 dagen gemiddeld

Universiteit Antwerpen

16



Figure 3.1: Number of stays for 1997-2006, by type of hospital and type of setting



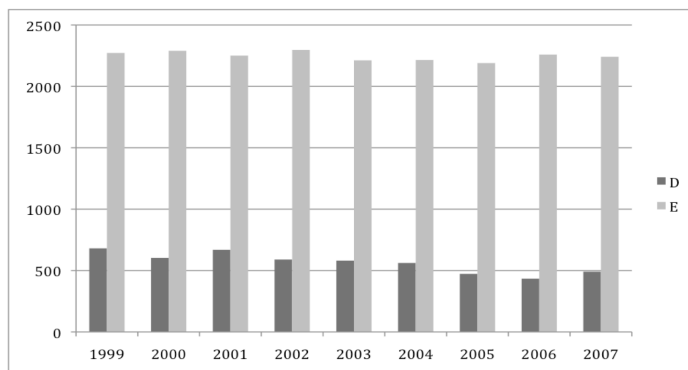
APZ=General Psychiatric Hospital/Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis/ Hôpital Générale Psychiatrique; PAAZ= Psychiatric unit within General hospital/Psychiatrische Afdeling binnen een Algemeen Ziekenhuis/Service Psychiatrique dans un Hôpital Générale; A=adult department, K=child and adolescent department

Universiteit Antwerpen

17



**Figure 3.1: Number of stays at D (Internal Medicine) and E (Paediatric)
Department of general hospital**



Universiteit Antwerpen

18



Aantal bedden 'crisis' opname

Province	# stays -14d A+K	# stays -714d D+E	0-17yr	Total #beds/10.000
Antwerp	155	265	343166	0,32
Brussels Capital	136	572	229420	0,71
Hainaut	140	501	278899	0,54
Limburg	196	82	160546	0,57
Liege	85	372	221269	0,47
Luxembourg	18	66	61984	0,32
Namur	13	113	101819	0,26
East Flanders	181	239	276506	0,42
Flemish Brabant	68	185	217367	0,28
Walloon Brabant	187	45	84361	0,96
West - Flanders	255	324	219206	0,73
All	1434	2764	2194543	0,49

Universiteit Antwerpen

19



Woonplaats kind en psychiatrische dienst

• Vlaams Brabant	50%
• West Vlaanderen	67%
• Oost Vlaanderen	76%
• Antwerpen	84%
• Limburg	90%

Universiteit Antwerpen

20



De effecten

Universiteit Antwerpen

21



effecten

- Van de kinderen en jongeren met psychopathologie is deze na 9 maanden nog aanwezig bij 66 - 68% (BJB)
- Dit is vergelijkbaar met longitudinaal bevolkingsonderzoek

Universiteit Antwerpen

22



Wat bepaalt effect?

o.a.

- Betrokkenheid van en acceptatie door ouders
- Acceptatie door kind, jongere
- Mate waarin evidence based wordt gewerkt
 - Intensiteit
 - Evaluatie
- Mate van ontwikkelingsgerichtheid en perspectiefontwikkeling

Universiteit Antwerpen

23



De Jeugdzorg: vraag, gebruik en satisfactie

Universiteit Antwerpen

24



De jeugdzorg vraag, gebruik en satisfactie

- De vraag
 - lange wachtlijsten voor alles
- Het gebruik
 - < 5% van minderjarige bevolking
 - Toename in relatie met toename aanbod
 - Korter van duur
- De satisfactie
 - Op individueel niveau ???
 - Maatschappelijk: onvoldoende

Universiteit Antwerpen

25



Anders en beter, maar hoe dan?

Universiteit Antwerpen

26



Klinisch of populatie paradigma

- Klinisch
 - Focus: specifieke (risico)groep / probleem
 - Doel: probleem oplossen
 - Screening, intake, 'specifieke' interventie(s), specialisten, aparte organisatie
- Populatie
 - Focus: algemene groep
 - Doel: verhoging van aantal zonder problemen
 - Een interventie onder diverse formats
 - Lage drempel, grote toegankelijkheid
 - Gebruikmakend van bestaande zorg

Universiteit Antwerpen

27



Preventie: de zorg voor jeugd

Universiteit Antwerpen

28



Preventie: maatschappij, ouders, school

- Lucht algemeen
- Voeding algemeen
- Opvoeding ouderschapsbekwaamheid
- Geweld 'de ander als tegenstander' opvang kinderen
- Migratie begeleiding kinderen
- Pesten aanleren coping op jonge leeftijd (school)

Universiteit Antwerpen

29



Opvoeden

- Kinderen een veilige en stimulerende omgeving bieden
- Kinderen laten leren door een positieve ondersteuning
- Een aansprekende discipline hanteren
- Realistische verwachtingen hebben
- Goed voor jezelf zorgen

Universiteit Antwerpen

30



Ouderschapsbekwaamheid

- Versterking ouderschapsbekwaamheid heeft effect op functioneren en ontwikkeling van kinderen
- Gefragmenteerd 'klinisch' paradigma heeft geen effect op prevalentie
- **Populatie gebaseerd programma heeft duidelijk effect (cfr Triple P) op prevalentie en is kosteneffectief**

Universiteit Antwerpen

31



Curatie: de jeugdzorg

Universiteit Antwerpen

32



Wat bepaalt aard en intensiteit van zorg?

- Kenmerken van kind, jongere of context?
 - Diagnose
 - Functioneren op diverse domeinen
 - Opvoedingssituatie
 - MOF
 - Misbruik / mishandeling
 - Maatregel jeugdrechter
- Kenmerken van zorgaanbod?
 - K&jpsychiatrie
 - Bijzondere Jeugdbijstand
 - Handicap (VAPH)
 - Setting (Ambulant, dagbehandeling, residentieel, thuisbegeleiding, outreaching.....)

Universiteit Antwerpen

33



Resultaat

- Lappendeken
- Steeds nieuwe doelgroepen, specialisten en voorzieningen
- Syseem van screening, verwijzing, wachten en opnieuw verwezen worden
- 'complexe' problemen en situaties komen zonder zorg of hulp
- Weinig satisfactie

Universiteit Antwerpen

34



Basiswaarden voor doelmatige zorg

- Gericht op het kind met gezin als focus
- In de directe sociale omgeving
- Respect voor en competenties in diverse culturen

(Rekening houdend met gendersverschillen)

Universiteit Antwerpen

35



De principes (1)

- Elk kind heeft toegang tot brede waaier van zorg
- Toegang is onafhankelijk van ras, religie, gender of handicap
- Implementatie Rechten van het Kind
- Ouders en kind zijn volwaardige partners
- Uitgangspunt: geïndividualiseerd zorgplan

Universiteit Antwerpen

36



Principes (2)

- Gebruik maken van interventies waarvan werkzaamheid is aangetoond
- Zorg moet waar nodig geïntegreerd zijn
- Casemanagement is achillespees
- Indien andere omgeving nodig, dan zo dicht mogelijk bij eigen omgeving
- Soepele overgang naar zorgsysteem voor volwassenen

Universiteit Antwerpen

37



Intensiteit

- (Gedrags)verandering veronderstelt voldoende intensiteit van interventie(s)
- Een model waarin men geleidelijk intensiteit verhoogt is minder/ niet doelmatig

Universiteit Antwerpen

38



Uitwerking

- Geïndividualiseerd zorgteam waarvan ouders en kind deelgenoten zijn
 - **Model: netwerktafels**
- Indien nood aan verhoogde intensiteit wordt zorg toegevoegd (geen verwijzing)
- Vaak sprake van handicap
 - Niet kortdurend maar continu met regelmatige ontwikkelingsrelelateerde 'boosters' van intensiteit

Universiteit Antwerpen

39



Niveau's van intensiteit (IZIKA) 1

- 0 Basiszorg: preventie, ondersteuning, screening, crisisinterventie en spoedeisende (ook psychiatrische) zorg
- 1 Hestelbehoud en –management
- 2 Enkelvoudige ambulante hulp: continuïteit van minstens één 'therapeutische' relatie
- 3 Intensieve ambulante hulp: meerdere hulpverleners, 24 uurs permanentie, casemanagement

Universiteit Antwerpen

40



Niveau's van intensiteit (IZIKA) 2

- 4 Intensieve geïntegreerde hulp zonder 24 uurs psychiatrische beschikbaarheid
- 5 Niet beveiligde hulp met 24 uurs psychiatrische beschikbaarheid
- 6 Beveiligde 24 uurs hulp onder psychiatrische leiding

Universiteit Antwerpen

41



Evaluatie netwerktafels (1)

- Ouders & kinderen/ jongeren/ hulpverleners: (zeer) positief
- Hulpverleners
 - Moeilijk om zo open met ouders, kinderen en anderen een gesprek te voeren
 - Ik moet me engageren, dat is niet altijd evident
 - Ik heb er soms moeite mee dat mijn plan niet wordt uitgevoerd...

Universiteit Antwerpen

42



Evaluatie netwerktafels (2)

- 75% intensiteitsniveau 5-6
- Regelgeving vaak hinderlijk
- Instandhouden geïndividualiseerd zorgteam niet evident
- Mol: 75% van zorgplannen uitgevoerd binnen drie maanden na eerste netwerktafel

Universiteit Antwerpen

43



Aanbevelingen (1)

- Nadruk op populatie paradigma, kosteneffectieve programma's (ouderschapsbekwaamheid) en evaluatie op niveau van prevalentie
- Genoemde waarden en principes (Systems of Care)
- Implementatie geïndividueerd zorgteam
- Implementatie functie spoedeisende zorg (KCE)

Universiteit Antwerpen

44



Aanbevelingen (2)

- Regionale uitbouw van de niveau's van zorgintensiteit (0-6)
 - op basis van behoefte vanuit geïndividueerde zorgplannen (instrument: IZIKA)
 - Regio van max 150.000 minderjarigen (= 20.000 kinderen en jongeren met (ernstige) problemen)
 - Duidelijke en goed toegankelijk voor kinderen, jongeren en ouders, leerkrachten enz
 - Integratie/samenwerking K&G, VC, jeugdwelzijn, CLB, (geestelijke) gezondheidszorg

Universiteit Antwerpen

45



Aanbeveling (3)

- Rekening houden met ontwikkelingsfase
 - Zwangerschap, infant, kind, adolescent
- Uitbouw jeugdzorgmanagement
 - Algemeen en inhoudelijk (vorm volgt inhoud)
- Ontwikkelen van opleiding (BaMa & ManaMa)jeugdzorgprofessionals
 - Van eminence based naar evidence based

Universiteit Antwerpen

46



Aanbevelingen (4)

- ONDERZOEK
 - Ontwikkelingsepidemiologisch
 - Werkzaamheid en doelmatigheid
 - Kosteneffectiviteit

Universiteit Antwerpen

47



Bijlagen

- Rapport BIJPASS project
- Prevention and intervention programmes for violent youth in Europe
- Artikel 'netwerktafels'
- Uitnodiging 21/12 (Pumariega) & HFCC 10-11/2

Universiteit Antwerpen

48

BIJLAGE 2:

Presentatie van mevrouw Lut Celie

Commissie Jeugdzorg

Woensdag 10.11.2010

Commissie gaat op zoek naar:

1. Maatschappelijke verklaringen voor de voortdurend stijgende instroom van kinderen en jongeren in de (bijzondere) jeugdzorg en de geestelijke gezondheidszorg
2. Beleidsvoorstellen op korte, middellange en lange termijn die de voortdurende instroom moeten tegengaan.

1. Maatschappelijke verklaringen voor de voortdurende stijgende instroom van kinderen en jongeren in de (bijzondere) jeugdzorg en de geestelijke gezondheidszorg

1.1 Toelichting

1.2 Visie

1.3 Feiten en cijfers

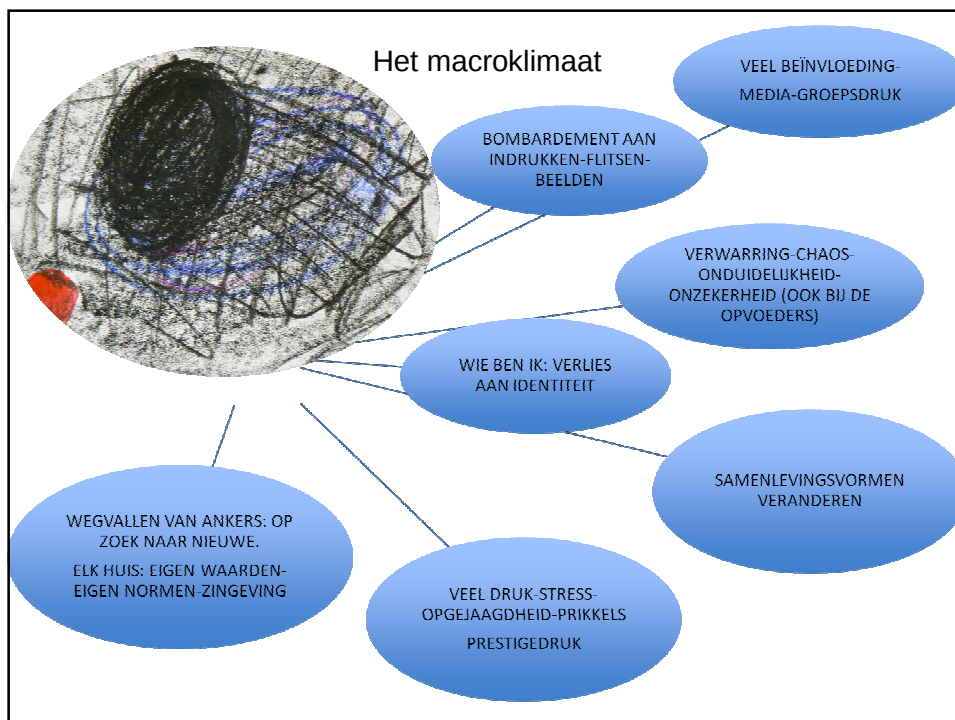
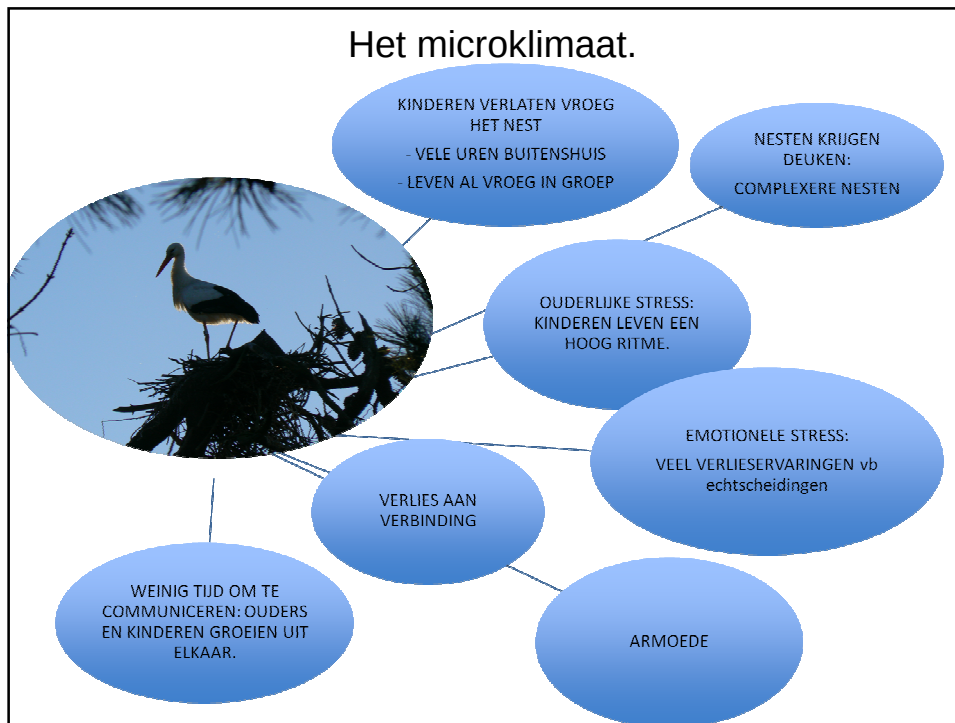
2. Beleidsvoorstellen op korte, middellange en lange termijn die de voortdurende stijgende instroom moet tegengaan.

1.1 Toelichting

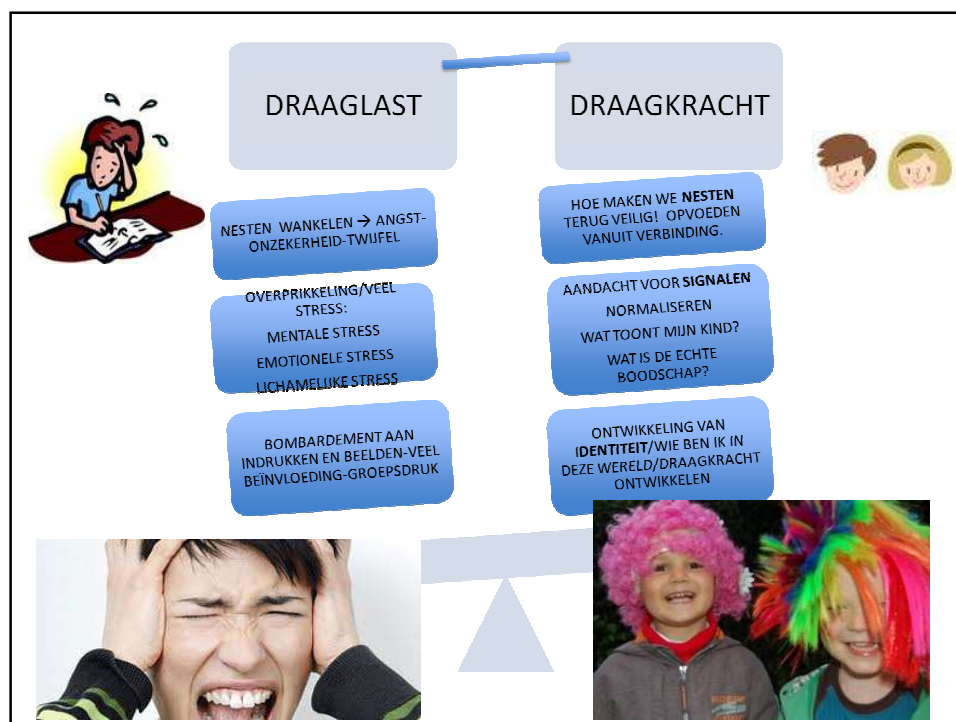
1.1 Toelichting

- Vertrekt vanuit honderden schoolgaande kinderen en jongeren (niet gefocust op één doelgroep) die veel signalen stellen (40%).
- Vanuit een dynamische, sterk veranderde maatschappij.
- Sterk veranderde basissen en samenlevingsvormen.
- Vanuit normaliseren versus diagnosedrang en medicatiedrang.
- Visie: kijken naar kinderen is kijken met een dubbele bril. Leer mij te begrijpen!
 - Wat toon het kind/de jongere?
 - Wat is zijn echte boodschap?

1.2 Visie



*Invloed van deze 'dynamische
maatschappij' op kinderen*



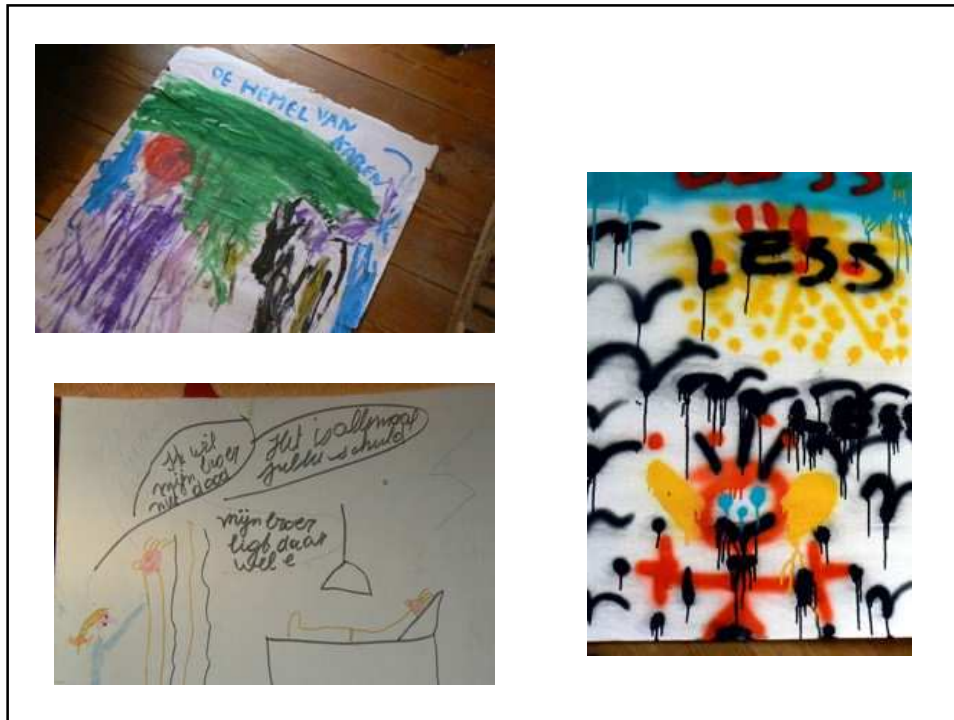
Een zeer onderschatte zorg (ingrijpende gebeurtenissen) in onze samenleving: de impact en gevolgen van ingrijpende gebeurtenissen op het kind/jongere.



Ontspoorde emoties tonen zich voornamelijk in moeilijk en extreem gedrag en handelingen.

Leren omgaan met binnenwerelden van onze doelgroep.





1. Wat tonen kinderen en jongeren in het omgaan met verlies en emotionele pijn?

- lichamelijke reacties zoals vermoeidheid-buikpijn-hoofdpijn-misselijk-sterk vermageren-spierspieren-braken, ea
- gevoelens zoals gemis-bang-boos-afgewezen-jaloers-onmacht, tonen zich in reacties, handelingen of moeilijk -en extreem gedrag. Men ziet zelden de pure emotie. Emoties kunnen ontspreken.
- mentale reacties: concentratie –en geheugenstoringen-afwezig zijn-mijn hoofd zit vol-waarom vragen-realiteitsbesef ontbreekt-

Bedenking:

Psychiatrie en residentiële verblijven: hun werk wordt verstoord omdat ze ook opvang (moeten) verlenen aan kinderen/jongeren met zware emotionele problematiek en daaruit voortkomend gedrag; versus de jongeren met écht psychiatrisch beeld.

1.3 Feiten en...

- Eerstelijnsgezondheidszorg: heel wat voorzieningen voor kdn en jongeren
 - sterk uitgebouwd: zorgleerkrachten-CLB- zelfmoordlijn-KJT-CAW-opvoedingswinkels-slachtofferhulp- kinderrechten-JAC ea
- Tweedelijnsgezondheidszorg: CGG en instellingen
 - ferme wachtlijsten (vaak tot 1 jaar).
- Groot hiaat tss beide:
 - Linker stoel: eerstelijnszorg
 - Rechter stoel: tweedelijnszorg in Vlaanderen
 - Brug = wachtlijsten



- Er schort iets aan preventie!
- Diagnosedrang: autisme in Vlaanderen 4x groter dan elders.
- Medicatiedrang

...cijfers

- Hoog zelfdodingscijfer: van 15 tot 19 jarigen is zelfdoding de tweede doodsoorzaak (na verkeersaccidenten) in Vlaanderen.
- Ivg met Nederland ligt de prevalentie van niet-fatale pogingen 2,8 keer hoger dan bij de Nederlandse jongeren.
- Elke schoolweek krijgt een school in Vlaanderen te maken met een zelfdoding.
- Scheidingen (ingrijpend verlies): 1 op 3.
- Dit betekent dat 35.000 kinderen in België jaarlijks een scheiding meemaken.
- Deze cijfers gaan enkel over echtscheiding, dus na wettelijk voltrokken huwelijk. Er is weinig bekend over het aantal kinderen van ongehuwde ouders die uiteen gaan. (scheiding in Vlaanderen is een onderzoeksproject, uitgevoerd door de universiteiten van Gent, Leuven, Brussel en Antwerpen en door de studiedienst van de Vlaamse Regering)

- Uit onderzoek blijkt dat 40% (doelgroep stijgt gestaag) van de kinderen en jongeren uit de boot valt. Zij vertonen problematisch gedrag omdat zij de *emotionele druk* in hun omgeving niet meer aankunnen. De reële onderliggende hulpvraag krijgt niet altijd de gepaste zorg en aandacht. Hun socialisatie verloopt gebrekkig. Dit is een angstaanjagende vaststelling. Het is een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Zie ook artikel Peter Adriaenssens 'De Morgen'. (2010)
- 9 op 10 slachtoffers krijgen geen hulp vanuit slachtofferhulp. Minstens 90.000 slachtoffers blijven in de kou staan. In totaal hebben de dertien diensten voor Slachtofferhulp vorig jaar 9.990 mensen opgevangen. 2.228 werden uiteindelijk begeleid.

2. Beleidsvoorstellen op korte, middellange en lange termijn die de stijgende instroom moet tegengaan

2.1 Preventie:

- a. Algemeen
- b. Op nestniveau
- c. Op schoolniveau

2.2 Curatief:

- a. Uitbreiding laagdrempelige ambulante zorg

2.1 Preventie:

a. Algemeen:

- Problemen niet alleen meer quantificeren: we weten.
- Problemen op micro niveau, worden best ook op micro niveau 'genezen'.
- Eerste signalen en probleemsituaties: in onze nesten, KDV, onderwijs, CLB, spoeddiensten, ea.
- Probleemproces kan vroeger onderbroken worden: draagkracht vergroten in het leren herkennen van eerste signalen en impact van stress situaties (emotionele-ouderlijke-mentale stress)
 - opvoeders worden competent en draagkrachtiger
 - Kinderen/jongeren: draagkrachtiger
- Netwerken binnen de provincies: in kaart brengen van zorg, noden en behoeftes.
- Empirisch tewerk gaan.
Nadien macro (beleid-breed maatschappelijk) bekijken.

b. Op nestniveau:

bewustwording omtrent een aantal thema's:

- het belang van een 'nest' waar tijd gemaakt wordt om 'verbinding' te maken (minder eenzaamheid)
- het belang van een veilige hechting waarin een kind zich onvoorwaardelijk graag gezien voelt en zich verder kan ontwikkelen
- herstellen van nesten (alleenstaand-samengestelde gezinnen)
- signalen (h)erkennen: waarmee heeft mijn kind/jongere het lastig?
- kennis over de impact van alle vormen van stress en overprikkeling en hoe dit mogelijk voorkomen.
- draagkracht vergroten bij ouders en mede opvoeders
 - opvoeden vanuit verbinding (leefwerelden van elkaar goed kennen)
 - nadenken over opvoedingsvisie.

c. Op schoolniveau: Zorgverbreding vanuit de behoeftes van het kind/jongere

1. Veel nood aan **nestgevoel**.

- Verbondenheid en warmte
- Hartsverbindingen
- Samen spelen
- Geborgenheid
- Liefdevolle aandacht
- Een sfeer creëren die geborgenheid en veiligheid biedt.
- Koestert en kadert



2. Wij willen rust, kunnen bekomen. En

meer ons eigen ritme leven. Ook in het

WE.

- Tijd om te bekomen.
- Een half uurtje vrije klas 's ochtends.
- Praatronde
- Starten met een gedicht.
- Rustige muziek.
- Een korte kindermeditatie.
- Aanbod van kinderyoga op school.
- Kinderen de kans geven zich uit te leven/voldoende spelmomenten naast kennis verwerven.
- Ontplooiing en persoonlijke groei (niet teveel onder druk, toch een breed spectrum aanbieden en kijken wat bij het kind past)

3. Bewegen

- Buiten spelen
- Activiteiten
- Spel en kennis
- Ruime ravotruimtes
- Ruimte om te mogen spelen.



4. Luister naar wat ik ECHT te zeggen heb!

- de schreeuw, hoor mij, luister naar mij.
- Signalen worden vaak niet erkend, dus niet begrepen.
- hun taal: zelden in woorden.
- Veel ontplofbare vaten, ontspoorde emoties
- Zorg voor de binnenkant van kinderen.
- Anders leren kijken naar kinderen en jongeren

2.2 Curatief: Uitbreiding laagdrempelige ambulante zorg

Project Oost-Vlaanderen:

- Provinciaal netwerk: brengt zorg en noden in kaart.
- In samenwerking met alle mogelijke eerste lijns en tweedelijns gezondheidszorg.
- MELPPUNT: aanspreekpunt voor vragen, adviezen, ambulante zorg
- Uitbreiding van complementaire laagdrempelige ambulante zorg in nauwe samenwerking met bestaande instanties
 - terug naar de echte hulpvraag (van ouders, leerkrachten, ea)
 - eerder normaliseren, niet problematiseren
 - terug naar een zorgmodel waar eerste signalen gezien worden vanuit een laagdrempelig zorgaanbod
- Preventie en sensibilisatie door vormingen, trainingen met als doel ouders-opvoeders-hulpverleners competentier te maken
- ZORG-pakketten voor scholen.

Minder opnames in psychiatrieën of jeugdinstituten!

