



stuk **872** (2010-2011) – Nr. 7
ingediend op 27 januari 2011 (2010-2011)

Hoorzitting

met het oog op het wetenschappelijk duiden
van de problematiek,
met prof. dr. Freya Vander Laenen,
faculteit Rechtsgeleerdheid,
vakgroep Strafrecht en Criminologie,
Universiteit Gent, prof. dr. Rudi Roose,
faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen,
vakgroep Sociale Agogiek, Universiteit Gent
en prof. dr. Jenneke Christiaens, faculteit Recht
en Criminologie, vakgroep Criminologie, VUB

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. 6: Verslagen over hoorzitting

INHOUD

I. Uiteenzetting door prof. dr. Freya Vander Laenen, faculteit Rechtsgeleerdheid, vakgroep Strafrecht en Criminologie, Universiteit Gent.....	4
1. Prevalentie en trends.....	4
2. Hulpvragen.....	7
3. Aanbevelingen.....	9
II. Vragen van de leden	11
III. Uiteenzetting door prof. dr. Rudi Roose, faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, vakgroep Sociale Agogiek, Universiteit Gent.....	21
1. Toename van problemen en benoeming van situaties als problemen	22
2. Responsieve zorg en preventie	23
3. Impact op de instroom	25
4. Aanbevelingen.....	27
IV. Uiteenzetting door prof. dr. Jenneke Christiaens, faculteit Rechten en Criminologie, vakgroep Criminologie, VUB.....	30
1. Complexiteit van de problematiek	30
2. De onkenbare toekomst.....	32
3. Zorg op maat?.....	33
4. Capaciteitsvraagstuk	34
5. De professionele hulpverlener.....	34
Gebruikte afkortingen	36
Bijlagen:	
Bijlage 1: Presentatie van prof. dr. Freya Vander Laenen	37
Bijlage 2: Presentatie van prof. dr. Rudi Roose.....	57
Bijlage 3: Presentatie van prof. dr. Jenneke Christiaens	67

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 24 november 2010 hield de Commissie Jeugdzorg een hoorzitting met het oog op het wetenschappelijk duiden van de problematiek. Gehoord werden prof. dr. Freya Vander Laenen, faculteit Rechtsgeleerdheid, vakgroep Strafrecht en Criminologie, Universiteit Gent, prof. dr. Rudi Roose, faculteit Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, vakgroep Sociale Agogiek, Universiteit Gent en prof. dr. Jenneke Christiaens, faculteit Recht en Criminologie, vakgroep Criminologie, VUB.

Professor Roose werd door commissie opnieuw gehoord op 1 december 2010 (*Parl. St.* VI. Parl. 2010-11, nr. 872/9) en professor Christiaens op 15 december 2010 (*Parl. St.* VI. Parl. 2010-11, nr. 872/11).

I. UITEENZETTING DOOR PROF. DR. FREYA VANDER LAENEN, FACULTEIT RECHTSGELEERDHEID, VAKGROEP STRAFRECHT EN CRIMINOLOGIE, UNIVERSITEIT GENT

Professor Freya Vander Laenen: Het eerste punt dat ik wil behandelen is de vraag of er een toename is van problemen bij jongeren, los van de vraag of ze in de bijzondere jeugdzorg of de jeugdzorg zitten. Dat er een toestroom in de jeugdzorg is, daarover is iedereen het eens. De vraag is of er ook een stijging is van de problemen waarmee jongeren worden geconfronteerd. In tweede instantie wil ik even kijken naar de trends. Hoe komt het dat er een instroom is? Welke factoren leiden tot een toename van de instroom? Tot slot wil ik ook nog een aantal aanbevelingen meegeven.

1. Prevalentie en trends

Is er een toename van problemen bij jongeren? Er is in Vlaanderen weinig onderzoek, maar toch is er een en ander voorhanden. Als we kijken naar de Health Behaviour in School-aged Children-studies (HBSC), en meer specifiek naar de mentale gezondheid en het welbevinden van jongeren, dan blijkt het, op basis van twee studies, toch wel mee te vallen. In de sector van de jeugdzorg en de geestelijke gezondheidszorg willen mensen wel eens tunnelzicht ontwikkelen. Ze denken dat het allemaal zeer slecht gaat en dat alles fout loopt. Dat is wel waar voor een klein percentage van de jongeren, maar globaal genomen zie je dat jongeren vrij tevreden zijn.

Opvallend is dat meer jongens dan meisjes tevreden zijn. Dat is een rode draad in het verhaal dat ik zal brengen. Dat hangt onder meer samen met de studierichting. Ik wil daar twee zaken uitpikken: de zelfmoordgedachten en automutilatie. Als je naar die cijfers kijkt, zie je dat er een vrij sterk percentage is van het voorkomen van zelfmoordgedachten bij jongens, maar nog meer bij meisjes. Dat hangt opnieuw samen met de studierichting. Als je kijkt naar de cijfers van zelfdoding zelf, stel je een lichte daling vast bij mannen. Met ‘mannen’ bedoel ik: jongens tussen 10 en 29 jaar. Bij vrouwen is er geen daling, maar is er in tegendeel een piek in de statistieken van de oorzaken van overlijden bij vrouwen tussen 20 en 24 jaar.

Zestien percent van de jongeren kwetst zichzelf, met medicatie of met messen of sigaretten. Dat is vrij veel. Opnieuw zijn er meer meisjes die dat soort gedrag stellen.

Ik kom tot het middelengebruik. We hebben nu dus de HBSC-studie, maar uiteraard ook de VAD-leerlingenbevraging. Ik licht daar een aantal zaken uit. De standaard bij elke vorm van middelengebruik is dat meer jongens dan meisjes gebruiken en dat ze ook meer dronken zijn. Het is een bekend gegeven dat hoe vroeger jongeren starten met alcohol en andere drugs, hoe groter de kans is dat dat ontwikkelt tot problematisch gebruik. We zien nu dat een lage welvaart in het gezin een sterk verband heeft met vroege dronkenschap bij meisjes.

Wat betreft de JOP-monitor, hebben we twee metingen gehad. Ook hier wil ik aangeven dat het heus niet zo slecht gaat met de doorsnee jongere. Over het algemeen zijn jongeren vrij tevreden en zijn ze in staat om met hun problemen om te gaan. Maar toch zie je dat er een minderheid is van jongeren bij wie het wat minder goed gaat. Er is een verband met geslacht, er is voor een aantal aspecten een verband met opleidingsniveau, en er is een verband met de sociaal-economische situatie waarin kinderen en jongeren zich bevinden.

Het Youth Self Report (YSR) is een onderzoek uit Nederland dat al wat trends aangeeft. Daar zie je voor de meisjes opnieuw een stijging van emotionele problemen in de periode 1993-2003. Dat gaat opnieuw vooral over een stijging van zelfmoordgedachten en automutilatie. Bij meisjes zie je een stijging van internaliserende problemen. Er is een sterkere stijging van dronkenschap, denk maar aan het fameuze 'binge drinking'. Er is een toename van extreem drinken bij jongeren. We zien dat ook in de VAD-leerlingenbevraging. Er is een stabilisatie van het gebruik van illegale drugs, maar als het over alcoholgebruik gaat, is vooral dat 'binge drinking' een nieuwe mode geworden. We zien dat die stijging vooral bij de meisjes zit. Het zal jullie misschien verbazen dat er volgens de studie in Nederland een daling is van het aantal gedragsproblemen en van de externaliserende problemen bij jongens.

Ik wil nog even focussen op de geestelijke gezondheidszorg. Ik heb begrepen dat daar heel wat beleidsaandacht en beleidsinspanningen rond geleverd worden. In Vlaanderen is er geen prevalentieonderzoek. Ik heb vernomen dat jullie de heer Deboutte al hebben gehoord en bijzonder geboeid waren door zijn uiteenzetting. Met cijfers en meetinstrumenten kan men alles bewijzen. Bij elk resultaat moet worden nagegaan welk meetinstrument er is gebruikt voor men uitspraken doet.

Ik heb een aantal cijfers verzameld over de ggz-problematiek. Die gaan over de prevalentie van het voorkomen van problemen bij jongeren. Los van de meetinstrumenten die worden gebruikt ligt de ondergrens bij 5 percent van de jongeren waarbij er sprake is van een ernstige problematiek. Als je terugkijkt naar de JOP-monitor, dan zie je dat dit ongeveer overeenkomt. Wat jongeren zelf aangeven als iets waar ze het moeilijk mee hebben, en wat wij weten op basis van dit soort onderzoek, blijkt overeen te komen.

Ik wil het even hebben over het onderzoek van Grietens en Hellinckx dat in Vlaanderen heeft plaatsgevonden. Dat onderzoek komt uit op 10 percent van de jongeren met ernstige gedragsproblemen tussen nul en achttien jaar. Er is een zeer groot verschil tussen het aantal jongeren of adolescenten met een psychiatrische problematiek en het aantal mensen dat nood heeft aan een interventie. We zouden misschien een wetenschappelijk onderzoek kunnen doen bij de leden van deze commissie. Ongetwijfeld is er onder jullie een aantal dat op een of ander DSM-criterium zal scoren en misschien zelfs een DSM-diagnose zal hebben. Misschien zijn er onder jullie die daarvoor een behandeling ondergaan. De meesten lijken echter goed te functioneren zonder die behandeling en trekken hun plan. Bij jongeren is dat niet anders. Het is niet omdat er een diagnose is dat er per definitie een interventie nodig is. Het is belangrijk om dat onderscheid te maken.

Er zijn twee nieuwe groepen in onze samenleving. Ook dat zal een impact hebben op de instroom. Ik heb het dan over mensen met een niet-aangeboren hersenletsel. Hoe beter onze geneeskunde wordt, hoe groter de impact op het aantal jongeren en volwassenen

waar – en ik bedoel het niet oneerbiedig – een hoek af is. Verder zijn er ook de prematuur geboren. Ik stel voor dat jullie de cijfers daarvan zelf bekijken.

In die groep ontstaat een aantal gedragsproblemen. Door een aantal elementen hebben die jongeren meer moeite om te volgen op school en problemen die daarmee verband houden. Dat is intussen doorgedrongen tot in de volwassenenzorg. Veertien dagen geleden was er een expertenmeeting over de comorbiditeit tussen een ernstige mentale beperking, veroorzaakt door een niet-aangeboren hersenletsel en de drugproblematiek. Die blijkt toe te nemen in de voorzieningen. We zien daar ook vaak de combinatie met druggebruik. Sommige mensen functioneren heel goed op sommige vlakken en veel minder op andere vlakken. Zij proberen zichzelf op die manier te automediceren. Dat komt vaak voor. Het beleid kan niet voorbijgaan aan die twee groepen die niet altijd even duidelijk worden opgepikt.

Wat de trends betreft, blijkt op basis van een aantal overzichtsstudies dat er geen stijging is van het aantal psychoses, het antisociaal gedrag en de borderlinestoornissen bij jongeren. Er is wel een stijging van automutilatie tussen 2000 en 2007, voornamelijk bij vrouwen tussen 16 en 24 jaar. Er is ook een vergelijking gemaakt tussen twee nationale steekproeven in het Verenigd Koninkrijk. Opnieuw ging het over vrouwen van twintig jaar. Ook daar is er een stijging in de prevalentie van het aantal emotionele problemen doorheen de tijd.

In 2006 heeft Grietens Vlaanderen en Nederland met elkaar vergeleken. Hij stelde vast dat er geen algemene stijging is van gedragsmoeilijkheden bij kinderen en jongeren, noch in Vlaanderen, noch in Nederland.

In Nederland is een vergelijking gemaakt tussen 1998 en 2003. Daar is wel een stijging van het aantal emotionele en gedragsproblemen, voornamelijk bij driejarige jongens. Die stijging is vooral te verklaren door de toename van het aantal lichte en matige problemen. Dat heeft onder andere te maken met een toename van het aantal betere diagnoses, een beter zicht op de zaken en meer aandacht daarvoor. De ernstige gedragsproblemen blijven dezelfde.

Als we daar de DSM-diagnose op toepassen, zien we geen duidelijke trends. Als we daar het YSR op toepassen, dan zien we opnieuw geen substantiële stijging van het aantal emotionele en gedragsproblemen.

De prevalentie van psychische problemen in de jeugdzorg is groter. Op basis van de cijfers die we nu hebben – en ik citeer een aantal auteurs – kunnen we zeggen dat er geen stijging is van het aantal jongeren met een gezondheidsbeperking als substantiële verklaring voor de stijging in het gebruik van de zorg. Het is onduidelijk of de stijgende vraag naar hulp een echte stijging weergeeft in de prevalentie van moeilijkheden. Nog een andere auteur stelt dat er geen bewijs is van een significante stijging van psychische ziekten of ernstige ggz-problematiek bij jongeren in het Westen. Er is wel vrij grote overeenstemming dat er voor automutilatie en voor sommige groepen van meisjes met eventuele gedachten van zelfmoord, wel een trend is, maar de andere zaken vormen geen verklaring voor de stijging van de zorgvraag.

Ik wil nog één ding zeggen waar eigenlijk al aanbevelingen in zitten. Je zou zeggen dat ik afbreuk doe aan de dingen die ik daarnet heb gezegd, maar toch ook weer niet. Prevalentieonderzoek is vaak kwantitatief onderzoek dat weinig zicht geeft op motieven en achterliggende problematiek. Er is nood aan meer kwalitatief onderzoek. Nog een belangrijke beperking van prevalentieonderzoek is dat het voornamelijk in scholen gebeurt. De meest kwetsbare groepen zitten of niet op school, of lezen of schrijven niet, of zijn wel fysiek maar niet mentaal op school aanwezig. De meest kwetsbare groepen zal men met dit soort typische bevragingen niet bereiken.

Een andere vaststelling is dat er in de Europese Unie – en België is op dat gebied geen uitzondering – heel weinig epidemiologische gegevens zijn en dat er geen gestandaardiseerde manier van onderzoek is. Dat is eigenlijk wel nodig, want als we willen weten of er een toename is, moeten we dat beter onderzoeken. Als men trends wil onderzoeken, moet men bij voorkeur via zelfrapportage werken, zeker wanneer het gaat over gevoelige onderwerpen. Men kan maar vergelijken na drie meetmomenten en wanneer men hetzelfde instrument gebruikt. Als er een stijging is, moet men zeker zijn dat het over dezelfde instrumenten gaat.

2. Hulpvragen

De trends in de hulpvragen zijn al uitgebreid besproken in deze commissie. Niemand zal betwisten dat er in de bijzondere jeugdzorg een stijging van de instroom is, een stijging van de gemiddelde begeleidingsduur en een stijging van de voortzetting van de maatregelen en dat de grootste stijging zich vooral voordoet buiten de klassieke bijzondere jeugdzorg. Die stijging is er ook bij het VAPH voor sommige categorieën, onder meer voor jongvolwassenen die 18 of bijna 18 zijn en de jeugdzorg zullen verlaten. Het is een zeer kwetsbare groep die we later letterlijk op straat en/of in de gevangenis of in een interneringssituatie terugvinden.

Het gaat niet fout met alle jongeren die uit de jeugdzorg komen, maar met een bepaald percentage uit de jeugdzorg gaat het grondig fout. De helft van de mensen met de Belgische nationaliteit die in de gevangenis zitten, heeft een verleden uit de bijzondere jeugdzorg. Ik hoef u dus niet te zeggen dat er blijkbaar toch iets fout gaat. Ik denk dat hier zeker aandacht aan moet worden besteed. De stijging die wij hier meemaken, is een internationaal fenomeen.

Iedere collega heeft een eigen invalshoek om verklaringen te zoeken en dat kan heel verrijkend zijn. Ik wil vooral nagaan wat in de zorg tot een stijging leidt.

Vooreerst is er een betere herkenning, een betere signalisatie en een betere registratie. Er is veel meer bekendheid en veel meer aandacht voor vroegdetectie en interventie. Een van de gevolgen daarvan is dat de behandeling vroeger start. Hoe vroeger iemand in de jeugdzorg komt, hoe groter de kans is dat iemand in de jeugdzorg blijft. Uit onderzoek blijkt dat er zelfs een verband is tussen het contact met de hulpverlening en de uithuisplaatsing. Ik zeg het met een boutade: als je in de klauwen van de jeugdzorg terechtkomt, dan wordt het moeilijker en moeilijker om eruit te geraken. Hoe vroeger je de diagnose stelt, hoe moeilijker het zal zijn om er opnieuw uit te geraken.

Er is nog een aspect binnen de zorg: uitbreiding van de capaciteit. Op zich is dat heel positief. Men zou kunnen zeggen dat er meer wordt gesignaleerd, dat er meer zicht is op de problematiek en dat er meer preventief wordt gewerkt, maar het preventieve heeft ook een pervers effect. Er worden meer en sneller problemen gedetecteerd, hetgeen meer en extra druk geeft op de gespecialiseerde zorg, en het leidt tot meer mensen in de jeugdzorg die er langer in blijven. Uit onderzoek over uithuisplaatsing, zeker bij jonge kinderen, weten we nochtans dat dit zeer negatieve effecten heeft op de ontwikkeling van het kind.

Er is dus een paradox: aan de ene kant is er een meer gespecialiseerd en gedifferentieerd aanbod en een lagere drempel, maar aan de andere kant valt een aantal groepen nog steeds uit de boot. Herinner u de stakingen van onlangs in de gemeenschapsinstellingen. Het gaat over die groepen die én een gedragsproblematiek hebben, én een psychiatrische problematiek, én een mentale beperking. Dat zijn die fameuze knelpuntdossiers in de integrale jeugdhulp en die raak je aan de straatstenen niet kwijt. Ook al is er een toename in het aanbod en is er een gediversifieerd aanbod, als het over die groepen gaat, blijkt het plots heel moeilijk te zijn. Je kunt ze niet aanpakken of vanuit een psychiatrisch oogpunt, of vanuit een medisch oogpunt of vanuit een pedagogisch oogpunt, je moet ze op verschillende manieren aanpakken. Ondanks de toename blijkt er toch een probleem te zijn.

Uiteraard zien we dat het plaatstekort in de bijzondere jeugdzorg leidt tot een escalatie van de problemen, waarover Nouwen een doctoraat schrijft.

Ik heb al gezegd dat er een stijging is van de gemiddelde begeleidingsduur, van het voortzetten van maatregelen. Zo zien we dat jeugdrechters in hun beslissingsprocessen soms eerder kijken naar het tekort aan plaatsen om daar hun besluitvorming van te laten afhangen, in plaats van te bekijken wat de meest geschikte maatregel is.

Het volgende aspect is een van de grote knelpunten in de bijzondere jeugdzorg zoals die in Vlaanderen historisch is georganiseerd. We zijn bezig aan een inhaalbeweging, maar we staan nog niet ver genoeg. In een studie van de Raad van Europa heeft men gekeken naar kinderen van minder dan drie jaar die uit huis geplaatst zijn, die residentiële zorg krijgen. België komt op de derde plaats na Bulgarije en Letland. Ik meen dat twee van de landen die volgen Tsjechië en Roemenië zijn. We verkeren dus in goed gezelschap. We zien dus dat België, historisch gezien, een dominantie heeft in de residentiële zorg. We zijn daarnaast nu een aantal andere dingen aan het creëren, maar we zijn niet aan het afbouwen en ik meen dat we daar een fundamentele fout maken. We zouden de residentiële zorg immers moeten afbouwen.

Ik zal deze aanbeveling al meegeven, want die is mijns inziens een centrale aanbeveling. In de geestelijke gezondheidszorg heeft men het begrepen. Artikel 107 van de Ziekenhuiswet betreft de reconversie bis. Men heeft het begrepen en de ziekenhuizen zijn daar niet tevreden mee, dat is begrijpelijk. Men is er fundamenteel alle residentiële zorg aan het afbouwen en ambulante zorg in de plaats aan het stellen. We moeten dit ook doen binnen de jeugdzorg. Niet bijcreëren, tenzij voor bepaalde groepen, maar niet in de bestaande residentiële plaatsen, maar wel afbouwen van de bestaande residentiële plaatsen en radicaal kiezen voor niet-residentiële plaatsen. Kijk gewoon naar deze studie en u weet genoeg. Andere landen kennen ook een stijging van de instroom, maar hebben dat blijkbaar anders opgelost.

Maatschappelijk is een aantal punten erg voor de hand liggend, maar we zitten er wel mee. Het eerste is de vergroening. Er wordt altijd gepraat over de vergrijzing, maar we zullen ook rekening moeten houden met de vergroening. De instroom zal niet verminderen.

We zitten ook met een complexere samenleving. Ook dat is voor de hand liggend, maar speelt wel een rol. Er is sprake van een paradox, want er is blijkbaar niet echt een zware toename van de ernstige problemen, maar meer kinderen zullen hinder ondervinden van de problemen die er zijn omdat de druk groter wordt om op een bepaald niveau te functioneren. Ik heb minister Vandeuren een paar weken geleden horen zeggen dat hij de plaatsen zal uitbreiden in het VAPH. Kinderen met mentale beperkingen hebben het inderdaad heel moeilijk en zullen het steeds moeilijker krijgen, dat mogen we niet onderschatten. Hoe groter de druk, hoe erger het zal worden.

Dat geldt trouwens ook in de volwassenenzorg. Toen ik voor de stad werkte, was André daar. Hij droeg een blauwe stofjas en hij gaf de planten water. De man deed vijf minuten over een plant. Ik was toen net afgestudeerd en vroeg me af: “Moet die mens daar nu voor betaald worden?”. Achteraf denk ik dat het goed is dat die mens daarvoor werd betaald, want hij had een job en kon met iedereen praten.

Dit zal alleen maar toenemen en er zullen een aantal nieuwe doelgroepen ontstaan.

Volgens de algemene culturele verwachtingen wordt wel eens gezegd dat meisjes en jongens naar elkaar toe groeien, maar dat betekent ook dat we bij meisjes een aantal problemen zien ontstaan die er vroeger niet waren.

Over de risicosamenleving zal ik kort zijn, dat betekent gewoon dat we een samenleving hebben die meer focust op problematisch gedrag. Gisteren kwam daarvan nog een pijnlijk voorbeeld in het nieuws: de schooljuf wordt bestolen en de kinderen worden door de politie ondervraagd.

Men gaat sneller op zoek naar een diagnose bij probleemgedrag.

Door de wet- en regelgeving wordt de focus gelegd op slachtoffers, op seksueel misbruik, op intrafamiliaal geweld en zo meer. Alsof dat er vroeger niet was! Nu ligt de focus erop, er wordt meer geregistreerd.

Een ander element dat samenhangt met de maatschappelijke factoren, is gelinkt aan de resultaten uit het onderzoek naar jongerenwelzijn. We zien dat er een verband is tussen de financiële mogelijkheden van een gezin en het zich al of niet goed of slecht voelen, en ook dat er een negatief verband is met ongelijkheid. Als we weten dat er een toenemende ongelijkheid is in onze samenleving, weten we dat het jongerenwelzijn zal worden beperkt binnen bepaalde groepen in onze samenleving, zo simpel is dat. Uit de resultaten blijkt ook dat er niet echt een verband is met het opgroeien in een 'gebroken gezin'. Uit de literatuur weten we dat een echtscheiding op zich niet de oorzaak is van een aantal problemen, maar vooral het feit dat het gaat over opeenvolgende breuken, vechtscheidingen en het ontbreken van een sociaal netwerk, van opvang en van een natuurlijk netwerk. Net als natuurlijke netwerken afnemen, betekent dat dat professionele netwerken steeds meer overnemen, met alle gevolgen van dien, waardoor de instroom nog groter wordt.

De vraag naar hulpverlening vanuit de zorgvrager is gestegen, en dat heeft met een aantal zaken te maken: meer gezinnen doen een beroep op professionals, men gaat sneller op zoek naar een diagnose wegens de risicosamenleving, er zijn meer herkenningen van psychiatrische problemen want er wordt nu meer aandacht aan besteed dan vroeger – elk kind zijn diagnose – de zorgvrager is mondiger geworden en weet zijn weg beter te vinden, en er is een meer positieve houding ten opzichte van het gebruik van een aantal diensten.

3. Aanbevelingen

Dat brengt mij bij de aanbevelingen. Het zal u misschien triest stemmen, maar de vraag zal altijd groter zijn dan het aanbod. De vraag zal ook steeds toenemen. Dat is eigenlijk een paradox. We willen, bijvoorbeeld met betrekking tot automutilatie, zelfdoding of psychische problemen, dat mensen zich daar bewust van zijn en dat ze er informatie over krijgen, zodat het stigma vermindert. Dat betekent dat mensen meer hulp gaan zoeken. Het is heel positief dat er positief hulpzoekend gedrag komt, maar dat leidt tot een grotere instroom. Idem bij professionelen: als het bewustzijn en de professionalisering vergroten, zal er meer diagnostiek komen. Als er meer diagnostiek komt, zal men meer en beter zicht krijgen op de problemen en zal het plaatje vollediger worden.

Mijn eerste aanbeveling is dan ook de volgende. Met die realiteit dat de vraag altijd groter is dan het aanbod en altijd zal stijgen, kun je niet anders dan radicaal zijn. Ik weet dat in de jeugdzorg, en vooral in de bijzondere jeugdzorg, altijd het woord 'subsidiariteit' wordt gebruikt. Maar dat blijkt toch niet te werken. Zo subsidiair wordt er nog altijd niet gewerkt.

Als je iets wilt veranderen, moet je radicaal werken. Eerst de preventie versterken, dan de basisvoorzieningen versterken, en de bijzondere jeugdzorg, het VAPH en de ggz als 'ultimum remedium' gebruiken. Dat is eigenlijk een term die traditioneel wordt gebruikt in het strafrecht: doe dit als het echt niet anders kan. Eigenlijk zou je moeten kunnen zeggen: eerst preventie, dan met basisvoorzieningen werken, en dan pas met de andere voorzieningen werken, als die andere niet gewerkt hebben. Nu wordt er, net zoals in de gewone

gezondheidszorg, heel snel naar de specialist gestapt. We doen dat ook bij jeugdzorg te veel en te vaak.

We moeten de residentiële zorg zeker afbouwen, ten voordele van alternatieve zorgvormen. Dat betekent wel – en dit zal heel veel weerstand geven binnen de bestaande residentiële jeugdzorg – dat de problemen van de jongeren uit de doelgroepen die die residentiële zorg zal ontvangen, sterker zullen zijn. Als je de residentiële zorg afbouwt, zijn er immers minder plaatsen en zul je meer mensen ambulante en semiresidentieel proberen te helpen. Het gevolg zal zijn dat de problemen van de mensen die toch in de residentiële jeugdzorg terechtkomen, zwaarder zullen zijn.

Dit zal dus een serieuze omwenteling teweeg moeten brengen binnen de residentiële jeugdzorg. Dat betekent dat je alleen nog in de residentiële zorg knelpuntdossiers zult hebben. Ik ben een beetje aan het overdrijven, maar daar zou het eigenlijk op moeten neerkomen. Dat betekent ook dat je de zorg op een andere manier zult moeten organiseren en dat je op bepaalde vlakken zelfs meer mensen in de zorg zult moeten hebben dan nu het geval is.

Mijn tweede aanbeveling hangt samen met de trends waarover ik het gehad heb. Je zult aandacht moeten hebben voor kwetsbare groepen en voor nieuwe groepen. En dan moet het over meer gaan dan alleen de niet-begeleide minderjarigen. Vergeet de allochtonen niet. De interculturele bemiddelaars zullen het niet allemaal kunnen oplossen. Dat volstaat niet. Vergeet ook de mensen zonder papieren niet, de Roma, de kindsoldaten. Onderschat dat niet. Ik heb al verwezen naar jongeren met een niet-aangeboren hersenletsel, de follow-up van prematuren en de situatie van kinderen in armoede. Hoe spijtig het ook is, we weten dat er een duidelijk verband is tussen werkloosheid in het gezin en de aanmelding van minderjarigen bij het jeugdparket. Ik dacht niet dat het de bedoeling was om armoede te bestraffen, maar blijkbaar komt het toch voor.

Ik wil daar het ‘evidence based’ werken aan koppelen. Dat is heel belangrijk. Dat is een van de basisprincipes binnen de jeugdzorg. Dat mag er echter niet toe leiden dat innovatieve proefprojecten, die net iets doen dat nog niet evidence based is, niet zouden kunnen. Soms krijg je die reflex: het is nog niet bewezen, dus kun je het niet doen. Ik meen dat je de twee moet doen. Je basiszorg moet evidence based en bewezen effectief zijn – en dat betekent ook dat je moet schrappen wat niet effectief is – maar proefprojecten moeten ook nieuw kunnen beginnen en kunnen verlopen op basis van een wetenschappelijke evaluatie.

Ik zal een concreet voorbeeld geven. Op een bepaald moment krijg ik mensen bij mij van de bijzondere jeugdzorg, die als proefproject werken rond het ontwikkelen van een drugbeleid in de voorzieningen. Zij vroegen of wij hen wetenschappelijk konden ondersteunen. Ik wou wel advies geven, maar ik heb gezegd dat ik geen wetenschappelijke evaluatiestudie zou doen. Toen ik hen vroeg wat zij kregen qua wetenschappelijke evaluatie, bleek dat dat niet zo belangrijk werd gevonden. Wat mij betreft, is dat verspild geld. Dat proefproject draait, maar het wordt niet grondig wetenschappelijk geëvalueerd of opgevolgd.

De laatste grote reeks van aanbevelingen die ik wil geven, heeft te maken met monitoring. Ik weet dat monitoring een vies woord is. Monitoring leidt misschien alleen tot een toename van de problemen, maar toch denk ik dat het van belang is. Ten eerste: kwantitatieve monitoring van de vraag. Wat zijn de hulpvragen? Wat zijn de trends in de prevalentie? Het is absoluut van belang om dat te doen, want zo kun je paniekvoetbal vermijden, ook als politici. Er moet ook bijzondere aandacht zijn voor kwetsbare groepen. Je moet niet alleen prevalentieonderzoek doen in scholen, want dan ga je een belangrijke groep missen.

Nu wordt er gescreend in verschillende sectoren. Doe dat alstublieft los van sectoren. Binnen het VAPH doet men één bepaald soort screening, in de bijzondere jeugdzorg doen ze

nog iets anders, en in de ggz nog iets anders. En iedereen denkt dat ze de beste screening hebben. Doe dat los van de sectoren. Doe dat binnen een multidisciplinair team, dus niet met enkel psychiaters, enkel maatschappelijk werkers of enkel psychologen. En voorzie ook op zijn minst in inspraak van de ouders, en zeker van de jongeren.

Je moet de vraag ook kwalitatief monitoren. Dat kun je zowel in het fundamentele onderzoek als in de praktijk doen. Wat zijn de motieven en achterliggende redenen waarom mensen hulp vragen? En als het over hulpvragen gaat, doe dan meer dan zoeken naar drempels. Ga kijken wat de echte hulpvragen zijn. Een belangrijk punt bij de monitoring is ook tevredenheidsonderzoek. Doe tevredenheidsonderzoek bij alle voorzieningen, en doe dat anoniem. Dat zou eigenlijk een standaardpraktijk moeten zijn.

Naast monitoring is ook bijsturing belangrijk: een bijsturing van het aanbod op basis van de monitoring. Dat is zorg op maat, vraaggestuurd werken enzovoort. Dat moet op een evenwichtige manier gebeuren. Het is niet omdat er een toename is in de vraag, dat het aanbod onmiddellijk moet worden bijgestuurd. Daar moet een evenwicht worden gezocht.

De prioriteiten voor het aanbod zijn op basis van de radicaliteit en het evidence based werken. Het principe daarbij is dat van de wortel en de stok. Wat is de stok? Als je de zorg echt op een goede manier georganiseerd wilt krijgen, moet je met enveloppefinanciering werken. Beloon voorzieningen niet voor het aantal mensen dat ze opnemen, want dan zou je de instroom stimuleren. Wat is de wortel? Het zijn er drie. Voorzie in extra subsidies voor succesvolle doorverwijzingen. En daarmee bedoel ik niet: maken dat je er zo snel mogelijk vanaf bent, maar zorgen dat je op basis van je radicaliteit doorverwijst naar een lager echelon, net om mensen uit die jeugdzorg te krijgen. Voorzie in extra subsidies voor de nazorg van de minderjarigen in die heel kwetsbare transitieperiode, en als het noodzakelijk is aansluiting bij volwassen hulpverlening. En voorzie tot slot ook in extra subsidies voor de knelpuntdossiers.

Een laatste punt is de monitoring en bijsturing van het beleid. Ik heb daarvoor inspiratie gehaald bij een onderzoek dat wij hebben gevoerd naar aanleiding van het drugbeleid in België. Dat heette 'Drugbeleid in cijfers'. Daarom noem ik dit 'Jeugdzorg in cijfers'. Wat moet je doen? Stel dat je als overheid zegt dat je prioriteiten voor de jeugdzorg de volgende zijn: preventie, basisvoorzieningen, bijzondere jeugdzorg, eerst ambulante en dan residentiële. Je vindt dat het belangrijkste en je maakt daar ook middelen voor vrij. Dan is het ook van belang om te kijken of je overheidsuitgaven wel degelijk gaan naar die zaken waarvan je een prioriteit hebt gemaakt. Dat betekent dat je gaat meten hoeveel geld er naar elke sector, elke voorziening, elke organisatie gaat.

Zo kun je jaar na jaar nagaan of je als overheid inderdaad doet wat je beloofd hebt te doen. Zo kun je ook in de centen zien dat er wel degelijk radicaliteit is in de keuze, en dat er jaar na jaar een daling is van de centen voor residentiële zorg en een stijging voor alle andere voorzieningen. Anders vrees ik dat het te veel prioriteiten blijven. Je moet jezelf als overheid dwingen om jezelf te monitoren en de scheefgroei op die manier recht te zetten.

II. VRAGEN VAN DE LEDEN

Mevrouw Vera Jans: U had het onder meer over een stijging van de emotionele en gedragsproblemen, met name bij de driejarige jongens. Kunt u mij heel concreet omschrijven over welk soort gedrag het dan gaat? Driejarige jongens, dat zijn kleine kinderen. Die zitten in de eerste kleuterklas. Die kunnen nog maar net praten. Welk soort gedrag moet er dan al zichtbaar naar boven komen om dan al zo ver in de problemen te zitten? Ik zou graag eens een casebeschrijving horen, zodat ik weet over welk soort gedrag het gaat.

Een tweede punt betreft de jongvolwassenen. We hebben dat ook al bij andere sprekers gehoord. Ik weet niet wat daar de oorzaak van kan zijn. Mogelijk gaat het om mensen die in het onderwijs heel goed zijn begeleid, maar die dan op hun achttiende plots worden losgelaten. Misschien moeten we uitkijken naar een soort overgang, want die is er nu niet.

Hoe vroeger je in de hulpverlening terechtkomt, hoe vaster je daar komt te zitten, zei u ook. We hebben dat ook al gehoord van een spreker over het buitengewoon onderwijs. Als je daar eenmaal terechtkomt, wordt vanuit de hulpverleningsgedachte gewerkt, en niet vanuit de gedachte om die jongere weer in het reguliere onderwijs te krijgen. Ik vind het heel belangrijk om dat mee te nemen. Hoe kunnen we dat doorbreken?

Een ander punt dat ik telkens hoor terugkomen, is het verhaal van de prematuren. Daar zitten we helemaal vast. We kunnen daar helemaal niets aan veranderen. Dat is een ethisch heel moeilijk debat. We horen het bij elke spreker terugkomen. Het lijkt mij een belangrijke oorzaak te worden.

Ik vond het tot slot een bijzonder interessante vergelijking met het verhaal van de ggz en artikel 107. Het is de eerste keer dat dat met betrekking tot de jeugdzorg zo duidelijk naar voren wordt gebracht, het afbouwen van de residentiële capaciteit. Er moet dan natuurlijk een alternatief in de plaats komen. Kunt u daar nog wat dieper op ingaan? Ik vond het wel een interessante vergelijking.

Mevrouw Tinne Rombouts: Het is interessant om de verschillende invalshoeken te horen. Ook over de vraag of die vraag nu echt zo groot is, bestaan verschillende visies.

Ik probeer de link te leggen met de initiële vraag van deze commissie. De vraag wat er aan de basis ligt van de grote doorstroming naar de hulpverlening, is immens moeilijk.

Professor Vander Laenen, u hebt het maatschappelijke gegeven bekeken. Door een aantal maatschappelijke trends is er een grotere instroom. De vraag is of de maatschappij ervoor kan zorgen dat een aantal trends wordt tegengegaan. Misschien moeten we de evolutie van de maatschappij ook niet zomaar aanvaarden. Wat is dus de basis en kunnen we daarop inspelen?

We hebben het hier al meermaals gehad over het belang van het gezin, over gebroken gezinnen enzovoort. Dat komt ook hier terug. We spreken heel vaak over rechten en plichten van kinderen, jongeren en ouders. Zijn daar ook trends? Kinderen worden steeds mondig. We laten dat ook toe. We zien daarin een sterke evolutie, waarbij zich dan een strijd aftekent tussen ouders en kinderen. Ziet u ook daar een verandering?

Ik wil die vraag ook stellen buiten het gezin, meer bepaald in het onderwijs. Ik ben verbaasd te zien hoe scholen zich vandaag moeten indekken tegen reacties van ouders en kinderen. Vroeger werd dit op een andere manier aangepakt. Zien we bepaalde trends in de rechten en plichten van jongeren en van ouders in de maatschappij, meer bepaald over wat wel en niet meer aanvaard wordt? Kunnen we daar op een of andere manier op inspelen? Kunnen we daar via de opvoeding van kinderen en jongeren eventueel in bijsturen?

Mevrouw Katrien Schryvers: Ik sluit me aan bij de vorige vraagstellers.

De voorbije weken hebben we heel vaak gehoord dat we ervoor moeten zorgen dat een kind met problemen tijdig wordt voortgeholpen. Zo niet, verergeren die problemen. De druk op de bijzondere jeugdzorg en de lange wachttijden zouden ertoe leiden dat die problemen nog verergeren. Ik stel daarbij een paradox vast met wat u zegt. U zegt dat jongeren best zo lang mogelijk uit die jeugdzorg kunnen blijven. Zodra zij daarin zitten, zitten ze in de klauwen van de jeugdzorg en laat die hen niet meer los. Hoe kunnen we daar een evenwicht in vinden? Hoe kan die hulpverlening op het juiste moment worden opgestart?

Als die hulp nodig is, dan moet die plaatsvinden vanuit het idee van subsidiariteit. U hebt dat meermaals benadrukt. U hebt ook verwezen naar het buitenland waar veel meer niet-residentiële voorzieningen zijn. Men biedt daar veel meer zorg aan, weliswaar onder een andere vorm.

U hebt het ook gehad over het zoeken naar de geschikte of de beschikbare plaats. Jongeren moeten terecht kunnen waar ze worden geholpen en niet waar er nog plaats is.

U zegt dat gebroken gezinnen op zich niet het probleem vormen, het gaat veeleer om het ontbreken van een natuurlijk netwerk dat ervoor zorgt dat kinderen en jongeren in de problemen geraken. Bestaat daar eigenlijk onderzoek naar? Zijn er methodes om zo'n natuurlijk netwerk te versterken? Dat lijkt me een belangrijk gegeven waar onze commissie zich mee moet bezighouden.

De heer John Crombez: Het is voor ons bijzonder moeilijk om op een gestructureerde wijze in te schatten wat er aan de hand is. Als wij proberen de structuur van het probleem te schetsen, dan worden er altijd andere voorbeelden genoemd met de vraag of die daarin passen.

Ik ga zondigen en voor een keer de zaken op flessen trekken. We hebben geen aanwijzingen dat de problemen bij jongeren sterk zijn toegenomen. Toch is er een explosie van het aantal jongeren dat in de jeugdzorg behandeld of opgevolgd wordt. Dat betekent dat we veel diagnoses stellen. Als de conclusie is dat jeugdzorg moet dienen om jongeren uit de jeugdzorg te krijgen en te houden, is het dan zo dat de diagnose fouten bevat? Of is het zo dat de gevolgen van die diagnose dermate zijn dat er niet wordt gehandeld vanuit het perspectief van wat er met die jongere wordt gedaan? Of gebeurt dit aanbodgestuurd? Als er dus iemand met een diagnose is, dan moet die ook worden geplaatst. Als dat effectief zo is, dan is het volgende punt de residentiële afbouw.

Jongerenwelzijn heeft een Europese tabel getoond over het aantal kinderen per 10.000 dat in de jeugdzorg terechtkomt. We staan daar niet bovenaan, maar we scoren wel bijzonder hoog voor de residentiële opvang als antwoord op die vraag. In andere landen is het de pleegzorg die opvangt.

In Scandinavië heeft men op een bepaald moment de instellingen voor mensen met een licht mentale beperking bij wijze van spreken afgeschaft. Ze proberen om die mensen in eerste instantie een leven te bieden dat genormaliseerd is met een job en een woonplaats. Zij worden niet beschouwd als mensen met een probleem, maar als mensen. Dat was een gigantisch succes.

U zegt dat de residentiële opvang moet worden afgebouwd, en dat aan de mensen die echt hulp nodig hebben – de heer Deboutte had het over mensen met een stoornis – residentiële opvang kan worden aangeboden. Residentiële afbouw betekent niet noodzakelijk dat we minder personeel nodig hebben.

Mijn volgende vraag is hoe we dit doen. We hebben gisteren in de commissie een discussie gehad met de minister. De minister heeft gezegd dat we een andere richting moeten uitgaan. We zijn al een aantal andere richtingen ingeslagen en we zullen dat voortzetten, aldus de minister. Ik ben het daarmee eens.

Stel dat uit deze commissie blijkt dat de zaken binnen de sector en binnen de structuren van het kind of de jongere anders moeten worden aangepakt, wat zijn dan de essentiële zaken die moeten veranderen om ervoor te zorgen dat de trajecten binnen de jeugdzorg niet zo lang zijn? Hoe beginnen we daarmee? Op het moment dat er een diagnose is, moeten we ons afvragen of dat betekent dat we een plaats moeten aanbieden. En als er hulp nodig is, hoe bepalen we dan het goede traject? We moeten af van het plaatsen van kinde-

ren en jongeren daar waar er plaats is in plaats van te kijken wat dat kind of die jongere precies nodig heeft. Welke zaken zouden redelijk snel tot resultaat kunnen leiden? Ik vrees immers dat die sterke toename niet snel zal afnemen en dat er dus redelijk snel ingrepen nodig zullen zijn.

U zegt dat duidelijk is aangetoond dat als kinderen en jongeren lang in de jeugdzorg blijven, dat effecten heeft op de ontwikkeling van die kinderen en jongeren. We hebben voortdurend geldgebrek, maar aangezien er niet meer problemen zijn en wel meer aanbod, creëren we die problemen een beetje. Ik trek hier opnieuw op flessen. Op die manier maken we jongeren met problemen, als ik u goed heb begrepen.

U bent een van de eersten die de link met de jongvolwassenen heeft gemaakt. Dat is een ongelooflijk belangrijke link. We beschouwen de jongeren uit de bijzondere jeugdzorg als mensen voor wie het na verjaring allemaal voorbij is en voor wie alles is opgelost, ook op juridisch vlak. Welke ingrepen zouden hier op korte termijn kunnen leiden tot nazorg, ook bij meerderjarigheid? Kan dat al voor de meerderjarigheid op een andere manier? Er zijn wel al initiatieven, maar volstaan die?

Tot slot wil ik het nog even hebben over de knelpuntdossiers. Het bestaan van de knelpuntdossiers toont aan wat u zelf hebt gezegd. Voor een kleinere groep mensen maar met zeer complexe en gecombineerde problemen hebben we geen antwoord. Het feit dat die knelpuntdossiers er zijn, is niet goed. Wat de plaatsen betreft waar die knelpuntdossiers worden binnengebracht, betekent dat een complexere situatie voor de anderen die daar wel in een bepaalde context zitten. Ik ben er dan ook helemaal niet zeker van dat we meer knelpuntdossiers nodig hebben.

Mevrouw Mieke Vogels: Ik vond de uiteenzetting heel boeiend. Wat ik niet wist, is dat meisjes ongelukkiger zijn maar blijkbaar minder ambetant, en dat jongens gelukkiger zijn maar ambetanter. Dat wijst op een pijnpunt. Het moet ons doen nadenken over de positie van meisjes en vrouwen in de samenleving en de druk die op hen ligt. Een meisje moet er heel goed uitzien. Het schoonheidsideaal woekert meer dan ooit. Een meisje moet zich ook voorbereiden om de ideale vrouw en moeder te zijn en moet tegelijkertijd carrière maken. Die druk is enorm. Misschien heeft de hele emancipatiegedachte van de vrouw daar geen goed aan gedaan. Waarom zou een vrouw niet gelukkig kunnen zijn als ze halftijds werkt? Neen, een vrouw moet absoluut voltijds presteren, ze moet door dat glazen plafond en tegelijkertijd de ideale vrouw zijn. Mijn vraag is of daar meer achterliggend onderzoek over bestaat.

U hebt getracht een antwoord te geven op de moeilijke vraag van de heer Crombez. De interne problematiek van jongeren stijgt niet echt. Er is geen stijging van jongeren met borderline, wel van jongeren met niet-aangeboren hersenletsels door vroeggeboorte. We moeten meer de context aanpakken: er is meer diagnose, meer aanbod, meer armoede, meer druk in het algemeen. In uw aanbevelingen zegt u radicaliteit: eerst preventie, dan basisvoorzieningen en pas dan het hele voorzieningenapparaat inzetten. Waaraan denkt u bij preventie? Waaraan denkt u bij het versterken van basisvoorzieningen?

Het fascineert me dat u zegt dat we evidence based moeten werken. Er is mij altijd gezegd dat evidence based niet bestaat in de welzijnssector, zeker niet in de bijzondere jeugdzorg, dat er geen methoden zijn om te meten wat evidence based is. U hebt die blijkbaar wel. Bestaat er echt een methode om te zeggen wat evidence based is? Wat verstaat u dan onder evidence based? Ik ben het ook volledig met u eens dat er een enveloppefinanciering moet komen, maar dan moet je natuurlijk weten wat evidence based is. Dan moet er een output-kwaliteitsmeting zijn. De vraag is of we dat kunnen.

Mevrouw Else De Wachter: Er is al verwezen naar de prematuren. Dat is hier al een aantal keren aan bod gekomen en het blijft een aandachtspunt voor dit bevoegdheidsdomein, maar ook voor andere.

Mijn stokpaardje is de jongvolwassenheid. Er zijn heel wat kinderen die met een bepaalde stoornis functioneren in onze maatschappij, maar aan wie we niet de nodige of niet de juiste zorg kunnen geven. Dat heeft gevolgen voor de jongvolwassenheid. U hebt er zelf naar verwezen. Ik ben ervan overtuigd dat het later rendeert als we er nu de nodige aandacht aan spenderen. We moeten er ook de andere bevoegdheidsdomeinen bij betrekken die hiermee te maken hebben.

U geeft aan dat er een stijging is van de niet-aangeboren hersenletsels. Er zijn steeds meer aanvragen van organisaties, instellingen en scholen om die mensen te betrekken in stageprojecten, in tewerkstellingsprojecten. Ik ben ervan overtuigd dat de lokale besturen en de OCMW's hier een belangrijke rol in vervullen, maar je moet natuurlijk de kennis hebben om met die mensen om te gaan, om hen de juiste begeleiding te geven. Dat vraagt energie, tijd en middelen. Daarom moeten de ministers die bevoegd zijn voor de lokale besturen, voor binnenlandse aangelegenheden, voor werkgelegenheid, worden betrokken. Moeten we dat in de toekomst structureel inbedden zodat de lokale besturen het signaal krijgen dat als ze met die mensen werken, er de nodige aandacht aan wordt besteed? Op dit moment is dat niet het geval.

Professor Freya Vander Laenen: Ik ben blijkbaar niet duidelijk geweest over het punt van de driejarige jongens. Ik wou net zeggen dat er geen toename is. Als je het globaal bekijkt, zie je een toename van emotionele en gedragsproblemen, maar het gaat vooral over lichte en matige en niet over ernstige problemen. Als je andere tests toepast, zie je geen duidelijke trends en geen stijging. Mocht de indruk zijn ontstaan dat er een serieuze toename is van ernstige emotionele en gedragsproblemen, dan is dat niet juist.

U vraagt of ik een casevoorbeeld kan geven. Ik was niet bij de Nederlandse studie, noch bij de vergelijking aanwezig. Ik heb zelf de jongeren niet gezien. Ik heb wel jongeren met emotionele en gedragsstoornissen gezien die in een internaat verblijven. Het is een vergelijkbare populatie. De problemen die daar naar voren komen, gaan vaak over externaliserend gedrag. Het gaat over het systematisch en telkens opnieuw slaan, schoppen, bijten, roepen. Iedereen die kinderen heeft, zal zeggen dat die dat ook doen, maar het gaat over de intensiteit van het gegeven.

Bij de jongvolwassenen zitten we wel degelijk met een probleem. De vraag was wat we al zouden kunnen doen voor de meerderjarigheid. Uit onderzoek weten we dat als men aan jongeren vraagt wat hun noden zijn bij het verlaten van de jeugdzorg, ze zeggen dat ze niet voldoende voorbereid zijn op het zelfstandig wonen. Heel veel voorzieningen beginnen daar wel mee en hebben daar wel aandacht voor, maar het blijft te vaak eenrichtingsverkeer. Er wordt veel te weinig geoefend op praktische vaardigheden. De jongeren geven dus zelf aan dat ze te weinig voorbereid de stap naar de volwassenheid moeten zetten. De voorzieningen gaan dus te laat en zeker te weinig met de jongeren 'oefenen' om die stap te zetten.

Het gebeurt dus te weinig binnen de jeugdzorg, maar het gebeurt nog minder binnen het VAPH omdat men daar nog heel sterk vanuit een zorgende en ortho-agogische houding redeneert.

Jongeren kunnen ook kiezen voor een verlengde zorg tot 21 jaar. In het VAPH is dat standaard, in de bijzondere jeugdzorg is het mogelijk. Net omwille van het feit dat ze een lange historiek in de jeugdzorg achter de rug hebben, zijn de jongeren de jeugdzorg beu. Ze

willen zo snel mogelijk op eigen benen staan. Ze zijn al lang genoeg bepamperd, ze willen eruit en ze willen er niets meer mee te maken hebben. Het gevolg is dat ze elke band met de jeugdzorg verbreken.

Een mogelijkheid die door een aantal jongeren zelf wordt voorgesteld en die we ook in de literatuur terugvinden, is een soort sleutelfiguur of een vertrouwenspersoon. Iemand die de jongere toch op een of andere manier blijft opvolgen, als die bijvoorbeeld toch terug contact opneemt, of die de jongere af en toe eens opzoekt. De jongere doet dit uiteraard vrijwillig. De mensen die een goed contact hadden met de jongere, mogen hun tijd en energie niet meer aan hem spenderen als hij eenmaal uit de jeugdzorg is. Het is zeker een mogelijkheid die er op dit moment is.

De volwassenenzorg heeft te weinig aandacht voor die groep. Het CAW beseft dit, dat merk je ook aan de nota 'Jongeren: tussen wal en schip' die ze geschreven hebben. De nota maakt een inventaris van alle problemen waar jongvolwassenen die het CAW contacteren, mee worden geconfronteerd.

Het belangrijkste is dat jongeren in de voorzieningen op tijd worden voorbereid op de periode dat ze alleen zullen wonen. Het is nuttig om sleutelfiguren of nazorg te hebben waarbij jongeren in contact kunnen blijven met mensen uit de jeugdzorg, ook al zijn ze op dat moment misschien al 22 jaar. Is die grens dan zo relevant? Wat mij betreft niet, maar we zijn nu eenmaal op die manier georganiseerd.

Je mag natuurlijk ook niet uit het oog verliezen dat dit een groep van jongeren is die 'misgroeit' is, die een heel groot wantrouwen heeft ten opzichte van elke professional, elke hulpverlener, van alles wat te maken heeft met testen en diagnose. Ze willen er het liefst zo weinig mogelijk mee te maken hebben. Als er dan vertrouwen is, moet je dat op die manier proberen te versterken en als het nodig is, kan die sleutelfiguur contacten leggen met de volwassenenzorg. Meer aandacht binnen de jeugdzorg zelf en mensen binnen de jeugdzorg de mogelijkheid geven om contactpersoon te blijven voor de jongere, is iets wat snel kan gebeuren.

Hoe kunnen we doorbreken dat jongeren in het buitengewoon secundair onderwijs makkelijk blijven hangen als ze daar terechtkomen? Ik vind het niet makkelijk om daar een antwoord op te geven en ook weer wel. Hetzelfde systeem van 'de wortel en de stok' zou ook daar kunnen gelden. Mensen zouden financieel beloond kunnen worden als ze ervoor zorgen dat ze jongeren uit 'het bijzondere' krijgen en terug naar het algemene krijgen. Dat is iets wat je natuurlijk niet van vandaag op morgen kunt bereiken.

Ik zie een grote analogie tussen dit debat en het debat over de overbevolking in de gevangenissen. Er is overbevolking in de gevangenissen. Om de druk van de ketel te halen, organiseren we elektronisch toezicht en bouwen we gevangenissen bij. Deze oplossingen probeert de politiek vandaag te forceren. Geen van beide zullen een structurele oplossing bieden. Als je dit wil bereiken, moet je mensen financieel stimuleren. Het gewone onderwijs moet financieel een stok achter de deur hebben, want anders zal de situatie blijven bestaan.

Ik heb de geestelijke gezondheidszorg, artikel 107 en de afbouw van de residentiële voorzieningen aangehaald als een voorbeeld waaruit we kunnen leren in de jeugdzorg. De manier waarop men het in de geestelijke gezondheidszorg heeft aangepakt, is een ongehoofd goede casestudy, want de eerste reconversiebeweging in de psychiatrie is er gekomen in de jaren 90 in Italië, en in een aantal Noord-Europese landen was dat zelfs al veel vroeger het geval. Het is een voorbeeld van een 'good practice'. In de geestelijke gezondheidszorg doet men uiteindelijk de beide. Daar heb ik trouwens het idee van de wortel en de stok gehaald. In eerste instantie laat men mensen gedurende een tot twee jaar in een aantal proefprojecten zelf initiatieven nemen om het residentiële af te bouwen en om op

herstelgerichte en op reïntegratie gerichte projecten te stimuleren, maar na verloop van tijd gaat men echt wel snoeien.

Ik wil even de link leggen met het evidence based werken. Wat bepaalt wat een goed voorbeeld is en wat niet? Wat is evidence based werken en wat is dat niet? Internationaal zijn er al duidelijke overzichtsstudies en meta-analyses over effectieve interventies: wat werkt en wat werkt niet. Zo weten we dat 'bootcamps' niet werken en zelfs contraproductief werken, maar toch zijn er nog steeds mensen die ze voorstellen. Zo weten we dat in de aanpak van de ggz-problematiek, pure psychodynamische therapieën niet werken, maar dat gedrags- en cognitieve therapieën wel werken. We hebben dus al een zicht op welke interventies werken en welke niet.

Mevrouw Mieke Vogels: Is het voor wat de bijzondere jeugdzorg betreft ook evidence based bewezen dat een contextgerichte benadering wel werkt en een benadering die de focus alleen op het kind legt, niet?

Professor Freya Vander Laenen: Vaak is een combinatie van beide nodig. Een werkwijze waarbij de ouders niet worden betrokken, zal niet werken, dat kan ik wel duidelijk zeggen. Vaak is het een en-enverhaal. We mogen niet enkel focussen op de ouders, het gaat over de twee.

Als het gaat over evidence based, dan gaat het over effectiviteit en dan bestaat er wel degelijk een zicht op een aantal dingen die werken. Natuurlijk is er de beperking dat we alleen van wat onderzocht is, weten of het werkt. Ik geef u een concreet voorbeeld. We weten heel goed op vlak van drugpreventie wat werkt en wat niet werkt. We hebben daar een heel goed zicht op. Natuurlijk geldt dat voornamelijk voor wat al werd onderzocht en voor de preventiestrategieën die al bestaan. Dat betekent dat ze vaak toegepast zijn in scholen en vaak toegepast werden als universele of klassieke, primaire preventie gericht op het niet-gebruik. Als het gaat om groepen jongeren die niet op school zitten, groepen jongeren die wel al gebruiken, dan hebben we daar veel minder evidentie over, omdat dit nog niet onderzocht is.

Vandaar mijn pleidooi voor de volgende combinatie: focussen op zaken waarvan we al weten dat ze effectief zijn, maar wel de ruimte laten om voor innovatieve projecten, mits ze wetenschappelijk ondersteund en onderbouwd zijn, die nog niet onderzocht werden. Zo niet, blijven we meer van hetzelfde doen omdat de effectiviteit ervan al bewezen is, maar blijven bepaalde groepen systematisch uit de boot vallen. Ik pleit dus voor beide gegevens.

Het gevolg van de huidige situatie is dat er heel veel drugpreventie gebeurt, maar steeds gericht tot dezelfde doelgroepen. Bepaalde doelgroepen blijven uit de boot vallen omdat er gezegd wordt dat het evidence based moet zijn en er, als dat nog niet het geval is, niet gesubsidieerd kan worden. Dat vind ik pervers. Als er geen bewijs voor is, als er, ook internationaal, nog geen onderzoek naar werd gedaan, dan moet een proefproject gefinancierd worden en ook goed opgevolgd. Werkt het niet, dan wordt het geschrapt. Werkt het wel, dan implementeren we het. Nu worden er soms proefprojecten op touw gezet die vele malen worden verlengd, maar nooit deftig worden geëvalueerd.

Ik keer even terug. De aanpak in de ggz is voor mij een goed voorbeeld. Het gaat heus niet over een zwakke sector, de artsen zijn er heel machtig en toch kan het daar. Binnen de bijzondere jeugdzorg en binnen het VAPH zal het dus ook kunnen.

Wat me ergert, en dat zal u misschien verwonderen, is dat er heel vaak naar de bijzondere jeugdzorg wordt gekeken: als het gaat om jeugdzorg, gaat het heel vaak over bijzondere jeugdzorg. Ik vind het heel positief dat u het opentrekt en de zaak breder wilt bekijken. Er zitten een pak knowhow en heel veel goede mensen in het VAPH, vooral als het gaat om jongeren met gedrags- en emotionele stoornissen, het fameuze type 3 in het buitengewoon

secundair onderwijs. In de zorg voor jongeren met een gedrags- en emotionele stoornisproblematiek, zit daar een pak expertise die te weinig ruimte en te weinig aandacht krijgt. Tot nu toe wordt er mijns inziens te veel aandacht besteed aan de bijzondere jeugdzorg en te weinig aan het VAPH en die populatie en problematiek. De zwaarte van de problematiek is bij die populatie veel zwaarder dan de zwaarte van de problematiek in de bijzondere jeugdzorg. Dat wordt niet altijd met zoveel woorden gezegd, maar als we het hebben over jongeren met gedrags- en emotionele problemen, zitten we met een zwaardere populatie. Als u vraagt naar goede voorbeelden, zou ik u aanraden te kijken hoe het binnen het VAPH gebeurt en dan specifiek voor die groepen van jongeren met gedrags- en emotionele stoornissen. Wat er volgens mij heel sterk aanwezig is, is het telkens opnieuw kansen geven aan de jongeren, het telkens weer samen met hen het engagement aangaan.

Ik kreeg de opmerking: “De vraag is groot en blijkbaar bestaan daar verschillende visies op.”. Ik heb me blijkbaar verkeerd uitgedrukt. Ik ben er voor 300 percent van overtuigd dat de vraag groot is en toeneemt. Ik heb die toename niet in vraag willen stellen. Wat ik wel in vraag heb willen stellen is het feit dat de problematiek zou toenemen, want dat is niet hetzelfde.

Mevrouw Rombouts, u vroeg of een van de oorzaken het feit is dat kinderen te veel rechten krijgen en te weinig plichten. U vroeg of ouders, gezinnen en het onderwijs niet eerder duidelijk moeten aangeven aan de jongeren wat de grenzen zijn. Ik ga daar niet op in. Ik verwijs hiervoor naar collega Adriaenssens, want die heeft daarover al heel wijze en zinvolle dingen gezegd. Hij is de meer aangewezen persoon als het gaat over opvoeding en de rol die het gezin kan spelen. Ik ben geen pedagoog en ik wil er mij liever niet aan wagen om daar uitspraken over te doen.

Ik ben het wel eens met het bestaan van de volgende paradox. Enerzijds willen we zo vroeg mogelijk helpen, omdat het probleem dan kleiner is en er dus iets kan gebeuren voor het probleem escaleert. Anderzijds is het zo dat hoe vroeger we ingrijpen, hoe meer we ervoor zorgen dat de jeugdzorg het probleem mee stimuleert. Dat sluit een beetje aan bij de opmerking dat het inderdaad zo is dat, zeker als je jongeren residentieel opvangt, dit een negatieve invloed heeft op die jongeren. Daar zijn tientallen onderzoeken over, daar is geen discussie over, het heeft een invloed op hun ontwikkelingsproces en op hun welbevinden en het hypothekeert hun ontwikkeling en hun toekomst. Daarom zou het het ‘ultimum remedium’ moeten zijn.

Op de vraag wat het juiste moment is om in te grijpen, daar kunnen mijn collega's misschien meer over zeggen, maar ik kan er eerlijk gezegd geen antwoord op geven. Ik weet het niet. Gespecialiseerde zorg, en zeker residentiële zorg, komt er volgens mij het best zo laat mogelijk, maar eigenlijk kan ik die vraag niet beantwoorden.

Ik kom tot de vragen die gesteld werden door mevrouw Vogels en mevrouw De Wachter. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat we zo laat mogelijk ingrijpen? Hoe zie ik de basisvoorzieningen? Hoe zie ik preventie? Het gaat voor mij over werk, onderwijs, opleiding, sport, want dat zijn basisvoorzieningen: eigenlijk alle bevoegdheden die niet binnen de bijzondere jeugdzorg zitten. Er werd een belangrijke opmerking gemaakt over de taak van het lokale beleid. Ik heb begrepen – maar ik weet niet zeker of het zo is – dat binnen het lokaal sociaal beleid de idee leeft om dat af te schaffen. Wat mij betreft, kan het lokaal sociaal beleid wel een rol spelen en een belangrijke actor zijn. In bepaalde steden worden vanuit het lokaal sociaal beleid heel actief initiatieven genomen, en de sterkte ervan is dat ze niet sectorspecifiek zijn, maar uitgaan van lokale noden en lokale behoeften. Iedereen zit er rond de tafel, los van sectoren. Zo is er in het Gentse een project ontstaan, ‘Bruggen naar 18’, een specifiek project dat gericht is op minderjarigen die de jeugdzorg zullen verlaten. Inzake de sociale taak voor het versterken van de basisvoorzieningen is er toch een taak weggelegd voor het lokaal sociaal beleid. U kunt het decreet afschaffen, maar noem het dan anders, want er is een rol voor weggelegd. Daar heeft men een veel beter zicht op

de uitstroom. Je ziet dat jongeren in de bijzondere jeugdzorg ook uitstromen in die plaatsen waar er al een heel groot aanbod is. Ik meen dus dat er zeker wat aan te doen is.

Mevrouw Vogels, u had een vraag over meisjes en vrouwen en de druk in de samenleving. U hebt het over een bijzonder zwakke groep: minderjarigen zijn al kwetsbaarder en de rechten zijn al zwakker en als het dan nog eens over meisjes gaat, dan zijn ze dubbel zo zwak, maatschappelijk gezien. U stelt de vraag natuurlijk aan een vrouw, dus u krijgt dan van mij een heel duidelijk antwoord. Dit gaat over de emancipatiebeweging. Als we de Europese onderzoeken bekijken over de taken die vrouwen op zich nemen, dan blijkt dat vrouwen alles doen wat ze vroeger deden, maar bovendien werken ze dan ook nog eens fulltime. Ik zie een aantal heren grinniken, maar ik vind dit niet zo grappig. Ik kan me daar heel sterk aan ergeren. Ook jonge vrouwen voelen de druk omdat ze een aantal rolmodellen voorgeschoteld krijgen. Ik pleit helemaal niet voor 'de vrouw terug aan de haard', wel integendeel, want dat bedoel ik absoluut niet. Zoals mevrouw Schryvers opmerkte, heeft dit natuurlijk ook een invloed op de natuurlijke netwerken.

Een stuk van de boodschap die ik heb willen meegeven, is dat, als het gaat over de toename van de problematiek, we ook met een genderparadox zitten. We zien dat mannen vaker problemen hebben. Dat kan natuurlijk ook genetisch worden bekeken, want met XY missen ze een stukje en dus zijn ze zwakker en hebben ze vaker problemen, genetische afwijkingen en zo meer. Op dat gebied is het duidelijk wie het zwakke geslacht is. Het is wel zo dat omdat mannen globaal meer problemen stellen, vaker externaliserend gedrag vertonen en zichzelf meer gewild of ongewild in de kijker plaatsen, de stille slachtoffers vaak meisjes en vrouwen zijn. Er bestaat ook zoiets als een genderparadox: bij jongeren met gedrags- en emotionele stoornissen is de verhouding 85 percent jongens tegenover 15 percent meisjes, maar die 15 percent meisjes hebben een veel zwaardere problematiek dan de 85 percent jongens.

Vergeet dus niet dat je hier met een bijzonder kwetsbare groep zit die vaak over het hoofd wordt gezien, ook in onderzoek. Wij hebben allemaal boter op het hoofd. Het is gemakkelijker om dat onderzoek met jongens te doen, omdat ze nu eenmaal vaker beschikbaar zijn enzovoort. Op dat vlak kan ik alleen maar uw mening en uw bezorgdheid delen. Het zal op dat vlak alleen maar sterker worden.

Niet toevallig vind je heel wat Scandinavische studies waarin de problematiek van meisjes expliciet aanwezig is. Dat is niet toevallig omdat die beweging daar al veel langer aan de gang is. Zij zijn op dat gebied een voorbode van hoe het bij ons hopelijk zal worden, hoe paradoxaal dat ook mag klinken.

Professor Roose en professor Christiaens zullen nog uitgebreid ingaan op het effect van diagnosticering. Ik wil daar alvast twee zaken over zeggen. In de vraagstelling van de heer Crombez zat al een deel van het antwoord. Hij vroeg of er in de diagnose fouten zitten. Voor elk instrument geldt dat er fouten in zitten. Daarom heb ik in mijn overzicht heel veel verschillende studies meegegeven. Niet omdat ik ze allemaal vandaag wou toelichten, maar om u aan te geven dat je andere resultaten krijgt afhankelijk van welk meetinstrument je gebruikt. Neem niets voor absoluut waar aan. Als men hier spreekt over 50 of 60 percent, geeft dat maar een indicatie. Als men er een andere test op toepast, zal het misschien 30 percent of 20 percent zijn. Het geeft ergens een richting aan, maar het is geen absoluut cijfer. Let daar dus mee op. Het is ook niet omdat iemand een DSM-diagnose heeft, dat iemand ook nood heeft aan zorg en professionele zorg. Dat wil ik maar even meegeven.

Het tweede punt gaat over de gevolgtrekking uit de diagnose. De vraag was letterlijk: "Of is het eerder de gevolgtrekking die jullie daaraan verbinden?". Ik denk het wel. Dat is historisch scheefgegroeid. Dat heeft met heel veel factoren te maken. Je ziet nu dat men zal

doorsturen naar het aanbod dat er is. Als er meer residentieel aanbod is, zal men er meer naar de residentieële zorg doorsturen.

Als je in een samenleving zit waar de druk steeds groter wordt om mensen geen fouten te laten maken, dan is de meest veilige manier om jongeren geen fouten te laten maken, ze residentieel op te vangen. Daarom had ik het ook over de analogie met de problematiek in de gevangenissen: als je er zeker van wilt zijn dat mensen niet recidiveren, ga je ze opsluiten in de gevangenis. Dat is de meest effectieve preventiestrategie als het gaat over het voorkomen van recidive, zolang je natuurlijk de criminaliteit in de gevangenis niet meetelt, wat overigens ook een realiteit is in de jeugdzorg.

Het is niet omdat je de residentieële opvang qua aantal bedden afbouwt, dat je het personeel zult kunnen afbouwen. Als je het aantal residentieële plaatsen afbouwt ten voordele van ambulante plaatsen en van opvang in de pleegzorg of andere opvangvormen, betekent dat dat de restcategorie van jongeren die nog in de residentieële zorg terecht zal komen, zwaarder zal zijn van problematiek en dat je dus meer personeel nodig zult hebben.

Als goed voorbeeld kun je in dat verband kijken naar de manier waarop er wordt gewerkt met jongeren met gedrags- en emotionele stoornissen in het VAHP. Daar krijg je een heel goed voorbeeld van hoe je met zware problematiek kunt omgaan. Als we het dan toch over diagnoses hebben, zie je dat die jongeren met een GES-problematiek die daar in een internaat verblijven, gemiddeld vier à vijf diagnoses hebben. Vergeet ook niet dat 15 procent van de jongeren die in die voorzieningen zitten, uit de bijzondere jeugdzorg komen, niet gehandhaafd kunnen worden in de bijzondere jeugdzorg en dus doorgestuurd worden naar het VAPH. Een aantal van die jongeren hebben dan bij wijze van spreken een abonnement op de kinderpsychiatrie als er een time-out nodig is. Je zit daar dus met een serieuze overlap.

Je kunt daar dus heel wat goede voorbeelden vinden. Daarom pleit ik ervoor om een aantal van die mensen uit te nodigen. Ik kan u een aantal namen doorgeven van mensen die daar een heel goede visie op hebben.

Ik heb al aangegeven dat er tientallen onderzoeken zijn gevoerd naar de negatieve invloed van kinderen die in de jeugdzorg verblijven. Er is inderdaad een negatieve invloed op heel veel verschillende levensdomeinen.

Als ik het heb over meer middelen voor knelpuntdossiers, bedoel ik niet het blussen van brandjes. Wat men nu doet binnen de knelpuntdossiers, is brandjes blussen. Wat ik de meerwaarde vind van de knelpuntdossiers, als dat op een goede manier wordt opgevolgd en gemonitord, is dat zij haarscherp in beeld brengen waar de knelpunten en de hiaten in de hulpverlening zitten. Eigenlijk moet je die knelpuntdossiers niet zien als middel op zich, want dan blijf je brandjes blussen. Je moet dat structureel aanpakken. Dat betekent dat elk jaar of halfjaar alle knelpuntdossiers geïnventariseerd worden en dat er wordt gekeken wat de gemeenschappelijke factoren zijn. Op basis daarvan ga je dan structurele oplossingen zoeken.

Iedereen wil graag extra middelen om met moeilijke jongeren te werken, maar dan ga je haarscherp zien welke groepen van jongeren niemand wil en welke jongeren de hete aardappels zijn die worden doorgeschoven. Dat kun je dan structureel aanpakken. Bij die jongeren kun je ervan uitgaan dat residentieële zorg negen kansen op de tien nodig zal blijven. Maar dan weet je tenminste waarover je het hebt. Gebruik dit dus niet als brandblusfunctie, maar om er structurele signaalfuncties van te maken. Ik heb van de mensen die daarmee bezig zijn, begrepen dat het nu voornamelijk als brandblusfunctie wordt gebruikt. Als je vraagt hoe het met de registratie en de monitoring zit, blijkt dat daar niet echt bij wordt stilgestaan. Ik denk dat het gaat over knelpunten als middel, niet als doel op zichzelf.

Het laatste aspect heeft te maken met ‘quick wins’. Hoe kunnen we beginnen met verandering? Hoe kunnen we bepalen wat het goede traject is? Hoe begin je daaraan? Ik vind dat heel moeilijk. Het eerste wat je kunt doen, naar analogie van hoe het in de ggz gebeurt, is bekijken welke extra subsidies er al bestaan voor moeilijke situaties. Dat zijn onder andere de knelpuntdossiers. Welke proefprojecten zijn er op dit moment, die ervoor zorgen dat er meer alternatieven komen voor residentiële zorg? Men moet een inventaris maken van al die versnipperde extra subsidies voor alternatieven voor residentiële zorg en proberen daar een lijn in te krijgen. Zijn die allemaal wel even noodzakelijk? Moeten we daar niet in snoeien, of op zijn minst uniformiseren?

Er moet een grote oproep worden gelanceerd, zodat iedereen zich daarvoor kan inschakelen. Die extra subsidies voor innovatieve projecten komen er niet zomaar. Die moeten er komen als voorbereiding op de enveloppefinanciering en het afbouwen van de residentiële zorg. Zo geef je mensen voldoende tijd om die afbouw voor te bereiden en stimuleer je hen financieel in de overgangperiode. Dat is volgens mij de manier waarop je het op een structurele manier en op een vrij korte termijn van twee tot drie jaar kunt aanpakken. Je moet dat niet in een half jaar willen oplossen. Immers, het enige wat je dan doet, is nieuwe plaatsen creëren, wat ook weer niet de bedoeling kan zijn.

III. UITEENZETTING DOOR PROF. DR. RUDI ROOSE, FACULTEIT PSYCHOLOGIE EN PEDAGOGISCHE WETENSCHAPPEN, VAKGROEP SOCIALE AGOGIEK, UNIVERSITEIT GENT

Professor Rudi Roose: een aantal zaken in mijn uiteenzetting zullen overeenstemmen met het verhaal van professor Vander Laenen, maar ik ben het over een aantal zaken ook volledig oneens met haar.

Ik baseer mij voor mijn uiteenzetting onder andere op mijn eigen doctoraatsonderzoek over de bijzondere jeugdzorg, dat ik gedurende een aantal jaren heb gevoerd. Ik baseer mij op een aantal gegevens uit dat actieonderzoek, waarbij we in de praktijk gewerkt hebben rond de instroomproblematiek, en op een aantal meer recente onderzoeken, bevindingen en algemene studies.

Ik heb een bedenking bij de idee van het vermijden van instroom. Ik heb eerder al gesproken over de verwondering dat we de instroom in de jeugdzorg altijd bekijken in termen van ‘het vermijden’. Als we naar de bijzondere jeugdzorg kijken, zegt men dat die emancipatorisch, ondersteunend, empowerend en participatief is. Als het inderdaad al die eigenschappen heeft, waarom moet een mens dat dan per definitie vermijden?

Blijkbaar is daar toch iets aan de hand. Ik wil er niet voor pleiten om iedereen nu naar de jeugdzorg te sturen, maar wel om het debat open te trekken. Ik denk aan het bevragen van bijzondere jeugdzorg versus andere jeugdzorg, basisinstituties versus algemene instituties. Ik heb er, samen met collega's uit mijn vakgroep, al voor gepleit om misschien ook bijzondere jeugdzorg als een basisinstitutie te zien en de vraag te stellen wat daar ondersteunend aan is en hoe dat ondersteunend kan zijn. We willen het debat voeren over de inhoud, eerder dan over de vorm.

Professor Vander Laenen had het over het koppelen van subsidiëring aan succesvolle doorverwijzing. Ik kan de notie ‘succesvol’ niet koppelen aan een verwijzing buiten de jeugdzorg. Een verwijzing in de jeugdzorg kan evengoed succesvol zijn. Ik heb zelf redelijk lang in de jeugdzorg gewerkt, en heb daar toch een aantal mensen ontmoet die daar veel steun aan hadden. Ik heb er ook ontmoet die daardoor verder in de problemen zijn geraakt. Het debat is voor mij in elk geval complexer dan ‘buiten is goed en binnen is slecht’.

1. Toename van problemen en benoeming van situaties als problemen

De groeiende instroom overlapt natuurlijk met de toename van problemen of zaken die als problematisch worden benoemd. Uit het verhaal van professor Vander Laenen bleek al duidelijk dat daar een spanning op zit. Wat groeit er en wat wordt als problematisch benoemd? Dat is zeer complex en niet zomaar te meten. We hebben ook al in de vorige ad-hoccommissie Bijzondere Jeugdzorg van eind de jaren negentig een toename van problemen en de complexiteit van problemen vastgesteld, maar ook van de complexiteit van de samenleving en de complexiteit van de druk op mensen in de samenleving. Er is bijvoorbeeld een toename van armoede en sociale uitsluiting op een aantal terreinen. Denk maar aan de stijging van de groep werkende armen. Het is niet zo dat arbeid leidt tot een leven buiten armoede. Er zijn in de groep van mensen in armoede nogal wat mensen die effectief ook werken. Professor Bea Cantillon wijst daarop. Er is een ook een stijging van de groep mensen die het risico lopen om in de armoedeval te trappen, bijvoorbeeld als zij hun werk verliezen of alleen komen te staan. Die kwetsbaarheid van mensen neemt toe.

Professor Vander Laenen heeft verwezen naar de vaststelling dat veel mensen in detentie een verleden hebben in de jeugdzorg. De vraag is natuurlijk of jeugdzorg en detentie ooit kunnen leiden tot het oplossen van die problemen. De bijzondere jeugdzorg zal nooit de armoede- of delinquentieproblematiek oplossen. Die problematiek is ingebed in maatschappelijk veel complexere processen. In de jeugdzorg wordt louter gefocust op het individu of het gezin en niet op ruimere maatschappelijke processen. We kunnen dan ook niet verwachten dat daar fundamenteel zaken veranderen. Hetzelfde geldt voor de detentie-context. De vraag is daar al of de jeugdzorg faalt als die er niet in slaagt mensen uit de gevangenis te houden. Men kan dat niet per definitie verwachten van de jeugdzorg in het algemeen, wat niet betekent dat ze geen zinvolle zaken kunnen doen.

Er is recent onderzoek gebeurd naar de relatie tussen armoede en bijzondere jeugdzorg. Er blijkt een zeer grote kwetsbaarheid van mensen in armoede voor interventies uit de jeugdzorg. Dat betekent niet dat die interventies per definitie negatief zijn, zij kunnen ook ondersteunend zijn. Wat ook opvalt in dat onderzoek, is dat ook mensen die met één risico worden geconfronteerd, een grotere kans hebben om in aanraking te komen met de bijzondere jeugdzorg. Ook de individuele elementen zijn in armoedesituaties cumulatief aanwezig. Ik heb het dan vooral over alleenstaanden. We stellen vast dat alleenstaande vaders een groter risico lopen om met de jeugdzorg in contact te komen. Dat kan te maken hebben met het feit dat de opvoeding moeilijker loopt, maar ook met de perceptie dat vaders alleen dat niet goed zullen kunnen. Alleen staan of werkloos zijn leidt al tot een verhoogde kans op interventie. Dat roept de vraag op of we niet in een maatschappelijke context zitten van verlaagde tolerantie, ook ten aanzien van een aantal problemen.

Verder is er ook de groeiende individualisering en de groeiende vereiste van de ik-sterkte, zowel bij kinderen als bij volwassenen. Er wordt nogal wat verwacht. Men krijgt ook allerlei keuzemogelijkheden wat voor een aantal jongeren een groot voordeel heeft. Tegelijkertijd zet dat heel wat druk op de jongeren. Prestatiegerichtheid en het maken van de juiste keuzes is heel belangrijk. We zien dat ook bij de studenten aan de universiteit. Zij zijn bang dat ze niet de juiste carrièrekeuze zullen maken. We stellen ook vast dat schoolmoeheid vanaf het lager onderwijs sterk toeneemt. Ik merk dat ook bij mijn eigen kinderen, aan het begin van het middelbaar onderwijs. Ze zijn dat nu al beu, alleen hebben ze wel goede punten en worden ze niet geconfronteerd met negatieve interventies vanuit de school.

Ook de toenemende druk op ouders, gezin en opvoeding als antwoord op de maatschappelijke problemen, is een internationale trend. Ik heb historisch onderzoek gedaan naar de jeugdzorg. Daarbij komen we opnieuw terecht in een debat van de 19e, begin 20e eeuw, waarbij men gelooft dat we door in te grijpen in de opvoeding, allerlei maatschappelijke problemen zullen aanpakken zoals armoede, delinquentie enzovoort. Daarmee wil ik niet

zeggen dat interventie in opvoeding geen zin kan hebben. Als oplossing stellen we historisch echter vast dat dit mislukt. Er is een grotere druk op het gezin om allerlei zaken te combineren en om de kinderen op de juiste manier op te voeden. Dat heeft een aantal negatieve gevolgen waar ik later nog op terugkom.

Opvallend in bijvoorbeeld internationaal onderzoek over intrafamiliaal geweld is dat wij vaststellen dat in de literatuur steeds wordt gezegd dat dit te maken heeft met maatschappelijke druk op het gezin maar dat de antwoorden die worden geformuleerd, steeds verwijzen naar een ander gedrag van de betrokkenen in het gezin. We zien daar een omslag van de druk vanuit de samenleving naar prioritaire verantwoordelijkheden binnen het gezin zelf.

Er is dus een stijging van het aantal zaken dat als problematisch wordt ervaren. Wat is maatschappelijk nog de ruimte om problemen te hebben? Dat is een belangrijke vraag.

Dan is er ook de vraag hoe dit zich verhoudt tot het soort interventies dat we daartegenover plaatsen. Interventies zijn niet per definitie een oplossing. Er zijn gezinnen, jongeren, ouders die net in de problemen komen omdat er hulp wordt verleend, weliswaar goedbedoeld, of waar het probleem wordt versterkt door de wijze waarop de zorg wordt georganiseerd. Dat wijst erop dat hulpverlening op zich geen adequaat antwoord is op problemen die zich voordoen. Meer problemen hoeven niet per definitie te leiden tot meer hulpverlening. De vraag moet veeleer zijn welk soort zorg wij moeten aanbieden en welk antwoord wij vanuit allerlei zorginstituten moeten geven op die vragen. We vertalen dat in de responsiviteit van onze zorg. Welke respons geven wij en wat is de verhouding tussen die problemen en de responsiviteit van de zorg?

Uit diverse onderzoeken blijkt dat zorg die door mensen als ondersteunend wordt ervaren, zorg is die aansluit bij hun eigen vragen en behoeften. Aansluiten bij vragen staat niet voor pampende zorg of voor doen wat de mensen vragen. Mensen kunnen er heel goed tegen om tegengesproken te worden. Dat moet dan wel op een eerlijke, transparante en duidelijk geëngageerde manier gebeuren.

2. Responsieve zorg en preventie

Een cruciaal punt is de wijze waarop wij onze zorg concipiëren. Wat de responsieve zorg betreft, wijzen wij op de conceptkwaliteit van aanwezigheid. Mensen, en dan bedoel ik zowel jongeren, jonge kinderen, oudere kinderen, jongvolwassenen, oudere mensen met allerlei problemen, mensen met een handicap, slachtoffers, daders van feiten enzovoort, vinden de kwaliteit van aanwezigheid belangrijk. Binnen die kwaliteit van aanwezigheid is het belangrijk dat de zinvolheid van zorg niet gelijk staat met een oplossing.

Griet Verschelden, een collega van de Hogeschool Gent, heeft onderzoek gedaan naar de behoeften van jongeren aan zorg. Daaruit blijkt dat het feit dat kinderen aangeven dat ze een probleem hebben, niet betekent dat ze een interventie wensen. Zij willen bijvoorbeeld aan de leerkracht kunnen vertellen dat hun ouders scheiden en dat ze het daar moeilijk mee hebben, zonder dat die leerkracht hen per definitie doorverwijst naar een psycholoog. Zij willen de ruimte om problemen te hebben en daarover te vertellen.

In ons huidige systeem worden wij geconfronteerd met het feit dat wij in een diagnostica zitten. Diagnose kan belangrijk zijn, en hetzelfde geldt voor verdere interventies. Maar de ruimte om problemen aan te geven zonder daar een voorgestructureerd antwoord op te krijgen, is zeer belangrijk. De vraag is in welke mate die aanwezig is in ons huidige systeem.

Engagement primeert in plaats van organisatie. Het is mogelijk dat jongeren op de verkeerde plaats zitten. Toch blijkt uit onderzoek dat mensen er niet per definitie een pro-

bleem mee hebben dat ze in de bijzondere jeugdzorg zitten, in de zorg voor personen met een handicap, in een revalidatiecentrum of bij een psycholoog, op voorwaarde dat ze worden geholpen. Deskundige en ondersteunende hulpverlening kan die mensen vooruit helpen. Dat heeft in een aantal gevallen veel meer te maken met de hulpverleners zelf, de deskundigheid waarmee zij werken en de relatievorming met die mensen dan met de diagnostische batterij en de methodes die worden gehanteerd.

Daarnet is aan professor Vander Laenen gevraagd welke therapie nu de beste is. In de metastudies over allerlei therapieën spreekt men over het ‘dodo bird’-effect. Dodo bird is de vogel uit Alice in Wonderland die op een bepaald moment een koers organiseert waarbij iedereen mag starten wanneer hij wil. Na de koers is iedereen winnaar.

Het speelt niet altijd een rol welk therapeutisch model wordt gehanteerd. Het heeft veel meer te maken met de persoon van de therapeut, bijvoorbeeld de mate waarin de therapeut gelooft in zijn eigen therapie. Dat straalt af op de cliënt die dan ook gelooft in de werkbaarheid van wat daar gebeurt. Dat betekent ook niet dat elke therapie voor iedereen werkt. Dat gebeurt ad hoc, per cliënt.

Andere elementen zijn respect, flexibiliteit, ruime aanspreekbaarheid. De vraag is dan of men aan die persoon alles mag vertellen, ook al is dat niet de deskundigheid van die persoon. Tijd is ook een belangrijke voorwaarde. Is er ruimte voor ontmoeten?

Als we kijken naar de wijze waarop onze zorg vandaag is georganiseerd, dan zien we dat er een spanning zit op de responsieve zorg, alsook een logica die onze zorg sterk aanstuurt. Ik heb het dan over de logica van de preventie en de logica van het managerialisme. Professor Vander Laenen heeft verwezen naar het radicaliseren van de preventielogica. De vraag is dan wat er precies wordt bedoeld met preventie. Ook in de historische ontwikkeling zien we dat de preventielogica een probleem is in de jeugdzorg. Een spanning is dat preventie wijst op een externe probleemdefinitie. We moeten iets voorkomen, maar de vraag is dan wat precies. Hoe sluit dit aan bij de probleemdefinities die mensen zelf hanteren? Er is een spanning met de idee van recht op hulpverlening. Preventie wijst op het voorkomen van iets dat extern bepaald is. Als zorglogica wijst dat eigenlijk op een spanning met wat mensen zelf als zinvol ervaren in hun leven.

Preventie wijst ook op een beheersingsidee, althans op de idee dat preventie werkt: “Als we maar genoeg ingrijpen, op de juiste manier, met evidence based instrumenten, kunnen we alles voorkomen.”. Uit onderzoek blijkt dat dit zeer problematisch is. De lineaire verhouding tussen allerlei problemen en later gedrag, blijkt onderzoeksmatig zeer groot te zijn. Het risico bestaat ook dat we problemen vertalen in individuele problemen om ze beheersbaar te maken. Als we opvoedingsondersteuning zien als preventie voor armoede, dan zijn we gedoemd om te mislukken. We gaan de armoedeproblematiek niet oplossen door opvoedingsondersteuning. Armoede is in belangrijke mate een financieel probleem en in eerste instantie geen opvoedingsprobleem.

Preventie kan op verschillende manieren worden opgevat. In het debat over de jeugdzorg wordt weer een enge definitie over preventie gehanteerd. In de literatuur noemt men dit ‘prevention through early detection’: optreden om het in de kiem te smoren. Dit houdt het risico in van een zeer repressief systeem te worden.

Er bestaan ook andere preventiemodellen. Ik verwijs bijvoorbeeld naar het preventiemodel van professor Vettenburg en haar collega’s. Ze heeft het begrip ‘wenselijke preventie’ uitgewerkt, dat een veel meer ondersteunende benadering inhoudt.

Wat is het risico van, zeker beheersingsgerichte, preventie? Het is de vraag of we in plaats van het voorkomen van problemen, niet voorkomen dat we problemen nog zien. Een voor-

beeld: als we de pedagogische tik repressief benaderen, zullen we dan verhinderen dat mensen hun kinderen nog slaan of zullen we verhinderen dat mensen nog spreken over het feit dat ze hun kind geslagen hebben? Dat is de spanning van het preventieparadigma: voorkomen we het probleem of voorkomen we dat mensen nog durven toegeven dat ze problemen hebben? Ik denk dat dit een zeer groot probleem is in de zorg en een zeer groot aandachtspunt moet zijn. Wat is het risico dat mensen toeklappen uit angst dat het probleem hen wordt ontnomen?

Dit is een aandachtspunt in de hele zorg, maar bijvoorbeeld ook in de werking van Kind en Gezin. Er is recent een onderzoek gebeurd. Kind en Gezin bereikt een zeer groot deel van onze populatie met kinderen. Ook daar stellen we hetzelfde vast. Mensen vinden de algemene basisdienstverlening belangrijk: respect, luisteren, praten, advies geven maar zonder paternalistisch te zijn. Een aandachtspunt is om geen preventielogica te installeren, want het zou wel eens kunnen dat mensen dan niet meer durven te praten met de verpleegkundigen van Kind en Gezin uit vrees dat er daarna van alles boven hun hoofd zal gebeuren.

Het risico op ‘paranoid parenting’ is ook zeer belangrijk. Het ideale opvoedingsmodel dat wij momenteel naar voren schuiven is de onderhandelingsopvoeding. Met een onderhandelingsopvoeding wordt een norm geïnstalleerd. De druk op ouders leidt tot wat de Britse socioloog Furedi ‘paranoid parenting’ noemt. Ouders zijn angstig om van alles fout te doen. Er werd verwezen naar het kinderrechtendebat. Ik vind kinderrechten als idee zeer belangrijk, maar niet belangrijker dan mensenrechten. Het gaat vooral om het soort lezing van kinderrechten. Een sentimentalistische lezing is dat kinderen alles moeten hebben en er met kinderen niets mag gebeuren. Voor mij staan kinderrechten niet voor dat soort denkbeeld, maar het wordt soms wel op die manier ingevuld. Ik zeg niet dat de mensen bij Kind en Gezin dat doen, maar hun logo is ‘Het kind is koning’. Ik heb er al vaak met Kind en Gezin over gediscussieerd. Het wijst op een soort koningsbeeld van kinderen waar we alles voor moeten doen en als er iets gebeurt met de kinderen, dan is het de verantwoordelijkheid van de ouders. Dat leidt tot extra druk en stress. Vanessa Pupavac heeft er onderzoek naar gedaan: het leidt tot het opgeven van het engagement van een aantal ouders. Sommige ouders vinden dat ze hun kinderen niet kunnen opvoeden en laten dat dan maar over aan de zorg.

3. Impact op de instroom

Preventie als uitgangspunt creëert zodoende mee een ‘doorverwijzingscarrousel’. Als men veel meer problemen detecteert en als dat detecteren niet gepaard gaat met een groter engagement om met die mensen te onderhandelen, dan moet men doorverwijzen naar de bijzondere jeugdzorg. Een hulpverlener zei me ooit dat hij ‘vraaggestuurd’ werkte. Hij doet niets als men hem niets vraagt omdat hij vindt dat hij de autonomie van de jongere moet respecteren. Ik vroeg hem wat hij dan deed als hij zag dat die jongere echt problemen had. Hij verwees hem dan door naar de bijzondere jeugdzorg omdat die zich meer mogen bemoeien. Dat soort benadering van preventiebeheersing, leidt tot een instroom in de bijzondere jeugdzorg en tot een instroom – dat is een hypothese van mij – in de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg. De mensen in de bijzondere jeugdzorg hebben veel minder ontsnappingsruimte. Ze moeten in veel complexere situaties handelen dan bijvoorbeeld eerstelijnszorg. Ze hebben weinig ontsnappingsruimte en zoeken die mogelijk in de geestelijke gezondheidszorg en in de psychiatrie.

Een tweede logica in de zorg is ‘managerialisme’. Managerialisme wijst op het geloof dat we door zaken anders te organiseren, ook zaken zullen verbeteren. Ik houd mijn hart vast voor dat soort logica in termen van subsidiëring als je niet doet wat van jou idealiter wordt verwacht, in termen van ‘een juiste doorverwijzing is buiten de jeugdzorg, een foute doorverwijzing is in de jeugdzorg’. Dat zal leiden tot allerlei vreemde dynamieken omdat

het vertrekt van een geloof en van een idee van zorg op zorgvreemde criteria, namelijk resultaat in termen van oplossing van problemen.

Ik heb zelf ervaring in de jeugdzorg. Ik werd soms gedropt in een gezin dat al 20 jaar in armoede leeft, waar de kinderen niet naar school gaan enzovoort. Dat is een zeer complexe situatie. Als we dan verantwoording zetten op zorgvreemde criteria – het resultaat is dat de kinderen terug naar school gaan – dan gaan we voorbij aan het debat van daarnet namelijk dat zinvolheid van hulpverlening niet hetzelfde is als oplossing en als het feit dat er geen problemen meer zouden mogen zijn. Er zijn nu eenmaal mensen en jongeren die de rest van hun leven hulpverlening zullen nodig hebben, die ondersteuning nodig zullen hebben. We moeten er natuurlijk voor zorgen dat we hen niet afhankelijk maken van de zorg, maar we moeten er ook voor zorgen dat het geen probleem is als iemand per definitie langdurige zorg nodig heeft. Het probleem zit eerder in het feit dat we ervan uitgaan dat het niet mag. We hebben zorgsystemen waar zeer sterk wordt gefocust op beperkte duur. Dat heeft een beschermingskant: men moet mensen niet in de zorg houden als het niet nodig is. Dat heeft ook een normatieve kant: het mag niet te lang duren, want er zal wel iets heel erg aan de hand zijn.

Er is een discussie gaande over het feit dat we momenteel een afstandelijke in plaats van een aanwezige zorg hebben. Afstandelijke zorg betekent bijvoorbeeld: één gesprek diagnostiek, één gesprek aanbodsverheldering, drie gesprekken begeleiding. Als het dan nog niet verbeterd is, moeten we doorverwijzen. Dat soort logica duikt op. Het zorgt veeleer voor afstandelijkheid dan aanwezigheid. Er is meer detectie, maar daarom niet meer engagement. Het is een ongenuanceerde uitspraak, maar er zijn steeds meer mensen die zeggen wat er moet gebeuren, maar steeds minder mensen die effectief iets doen. Er wordt nogal wat doorverwezen. Zijn er eigenlijk nog hulpverleners, in plaats van doorverwijzers?

Zeer belangrijk is ook het feit dat we in een systeem en een logica zitten dat engagement wordt begrensd in plaats van verhoogd. Als je een succesvolle doorverwijzing wil, dan moet je werken met mensen die niet te veel problemen hebben. Ik heb ooit als boutade gezegd dat we momenteel een perfecte hulp ontwikkelen voor mensen die geen problemen hebben. Als je wordt geconfronteerd met complexe problemen en generatielange problemen, dan kan je die nooit zomaar beheersen en succes boeken. Professor Vander Laenen verwees naar een tevredenheidsmeting. Ik zou dat niet doen aangezien tevredenheidsmetingen heel weinig zeggen over de kwaliteit van de zorg.

De vraag is hoe we een paranoïde hulpverlening kunnen vermijden in de zin van de moeilijke doelgroepen uit te filteren omdat er geen resultaat mee wordt geboekt. Ik zie zulke dynamieken, maar ik zie natuurlijk ook andere dynamieken. Er was recent een project in de psychiatrie rond comorbiditeit: een psychisch probleem en een drugsprobleem. De begeleider zei dat men met dat project moest stoppen omdat het niet genoeg succes boekte. De jongeren geraakten niet 'genezen', terwijl de begeleiders zeiden dat de hulpverlening ervoor zorgde dat de mensen konden blijven functioneren op een minimaal niveau. Dat soort verhalen hoor ik regelmatig.

Er is ook het idee van samenwerking als adequaat antwoord, maar wat wordt bedoeld met samenwerking? Als het om samenwerking gaat van ieder vanuit zijn eigen terreintje, dan is er het risico op diffuse verantwoordelijkheid. Ik heb al vaak het voorbeeld gegeven van het onderzoek van Latane en Darley: er ligt iemand gekwetst op de grond, maar niemand doet iets omdat hij denkt dat een ander het wel zal doen. Als je alleen passeert, doe je iets omdat je je verantwoordelijkheid moet nemen.

Als ik zeg dat we zorg ontwikkelen voor mensen die geen probleem hebben, dan is dat natuurlijk een boutade, maar ons zorgsysteem ontwikkelt zich op een heel autonome cliënt, denken we maar aan het debat over opvoedingsondersteuning waarbij men zegt dat er wordt afgestemd op mensen uit de middenklasse die keuzes kunnen maken en die het

allemaal kunnen plaatsen. Mensen die niet aan het autonomiebeeld voldoen, lopen het risico om erbuiten te vallen. Internationaal spreekt men dan van ‘the confirmation bias’: cliënten die willen meewerken, die mee willen gaan in het verhaal van de hulpverlening, zijn de goeie cliënten, wie dat niet wil doen, zijn de slechte cliënten. Recent onderzoek van Johan Put en zijn collega's over het beleid van de jeugdmagistraat, wijst erop dat cliënten die niet gemotiveerd zijn om mee te werken, worden gezien als een risicofactor in het gezin. Mijn vraag daarbij is wat men bedoelt met niet meewerken, want men zou wel eens niet bereid kunnen zijn om mee te werken omdat het aanbod niet als zinvol wordt beschouwd, en dat wil niet zeggen dat mensen per definitie weigeren om iets aan hun probleem te doen of dat ze geen probleembesef zouden hebben.

Het afromen of ‘creaming’ van problemen. Als we onze zorg heel sterk afbakenen, in hokjes denken aan de hand van evidence based methodieken en stellen dat cliënten buiten moeten als ze niet meewerken, dan wordt op de duur elk probleem een knelpunt dossier. Als dat soort logica nog wordt versterkt, worden het allemaal knelpunt dossiers, want niets past perfect in zo'n hokje.

De creatie van restgroepen. Restgroepen kunnen beschouwd worden als mensen met complexe problemen, maar ook als mensen voor wie de zorg niet werkt, op wie de zorg niet is afgestemd – waarmee ik niet wil zeggen dat het niet om complexe problemen zou gaan. Het werkt vanuit het cliëntenperspectief niet als er één persoon werkt aan de drughulpverlening, een tweede aan de psychiatrische zorg en een derde aan budgetbegeleiding, en ze zich samen afstemmen op die persoon. Het werkt niet als men aan drie verschillende mensen drie verschillende problemen moet vertellen. Men kan dat ook niet plaatsen, dat is een heel rationele logica waar cliënten, zeker kwetsbare cliënten, moeilijk mee kunnen omgaan.

Wat ook een probleem is, is het afromen naar de private markt. Het kind van een vriend van me krijgt een autismespectrumstoornisdiagnose van de psychiater. Die zegt dat het kind gedurende een tweetal jaar in therapie zal moeten en hij raadt de vader aan om niet naar een centrum voor geestelijke gezondheidszorg te gaan omdat men daar maximaal een half jaar zou begeleiden. Er wordt dus aangeraden om naar een private psycholoog te gaan. Wie dat kan betalen, zal dat doen, wie dat niet kan betalen, zal ofwel niet gaan ofwel niet lang genoeg gaan. Dan krijgt het kind waarschijnlijk geen adequate zorg, iets waarvan men tien jaar later zal vragen waarom men niet tijdig heeft ingegrepen.

De begrenzend benadering, het afbakenen van de doelgroepen kan leiden tot een doorverwijzingscarrousel, want wanneer het antwoord niet past op de vraag, moet het naar een andere organisatie. Ook daar is de bijzondere jeugdzorg heel vatbaar voor de instroom, want de bijzondere jeugdzorg wordt gezien als flexibeler en ruimer op een diversiteit van problemen inspelend dan andere eerstelijnsdiensten. Als iemand zegt dat hij maar vijf gesprekken mag hebben en daarna moet doorverwijzen, zegt dat weinig over het probleem, maar vaak iets over de organisatie en over de begrenzing van onze zorg. Ook daar zien we dus een impact op de instroom.

4. Aanbevelingen

Het gaat hier natuurlijk om een heel complexe problematiek die ingebed zit in de maatschappelijke logica, maar moeten we ons daarbij neerleggen? We zitten in een maatschappijstelsel waarin mensen kwetsbaar zijn en we zitten met een zorgstelsel dat heel complex is. Eigenlijk wijst mijn verhaal in de richting van het anders denken over de samenleving en over de zorg, en zeker ook van een ander debat. We moeten niet zozeer debatteren over de organisatie van de zorg, waarmee ik niet zeg dat organisatie niet belangrijk zou zijn en dat we er geen aandacht voor moeten hebben, maar we moeten vooral een zicht krijgen op wat er concreet gebeurt in die zorg. We hebben het over het vermijden van instroom, maar weten wij eigenlijk wat er in die jeugdzorg gebeurt? Weten

we wat er voor de jeugdzorg gebeurt, wat de doorverwijstrajecten zijn en wat de logica daarbij is?

Het is een heel complexe discussie, maar algemeen zou ik aanraden om in plaats van het preventieperspectief te radicaliseren, het recht op hulpverlening te radicaliseren. We zouden dan niet langer uitgaan van een interventierecht, waarmee ik niet wil zeggen dat we nooit mogen interveniëren, want dat mag soms ook als mensen dat niet vragen of wensen, maar de logica van het recht op hulpverlening is een andere logica. Ook al hebben we dat decretaal vastgelegd, qua logica blijven we vaak bij dat interventierecht.

Ik herhaal dat het een heel complex debat is. We kunnen zeggen dat we zullen inbreken op de maatschappijlogica, maar dat is niet evident. Het verhaal dat ik altijd vertel ten aanzien van sociaalwerkorganisaties – want die hebben natuurlijk ook een verantwoordelijkheid binnen die complexe situaties – is het volgende. We kunnen ons afvragen of we de logica niet zelf versterken. Beleidsmakers kunnen bekijken of ze het evidence based debat versterken dan wel kritisch bekijken. In principe kunnen we zeggen dat er niet zoiets bestaat als evidence based, toch niet zoals dat in de ‘clinicaltrialsituaties’ bestaat binnen de geneeskunde, omdat we ons in een sociale realiteit bevinden die niet beïnvloedbaar is als een testruimte.

Dat wil natuurlijk niet zeggen dat we niet kunnen nadenken over methodieken die wel of niet werken en zinvol zijn, maar in het debat moeten we ons ook altijd afvragen wat we moeten doen bij de mensen bij wie het niet werkt. Op mijn vraag aan een collega die onderzoek deed naar een evidence based programma of dat programma nu werkt of niet, antwoordde hij dat het werkt, maar dat ze de verkeerde cliënten binnenkrijgen. Het werkt dus bij een bepaald publiek op een bepaalde manier, maar een aantal mensen vallen daarbuiten. Dat iets niet werkt, wil niet zeggen dat de technieken op zich niet zinvol kunnen zijn, maar we moeten vooral beseffen dat we de mens voor wie het niet werkt, niet extra mogen problematiseren en zeker niet mogen sanctioneren.

We kunnen werken via beleidsvoering of regelgeving. Wat ik belangrijk vind, is dat we nadenken hoe we het debat over kwaliteitszorg kunnen verruimen naar wie we niet bereiken. Als er verwezen wordt naar de tevredenheidsmeting, gaat dat over mensen die in de zorg zitten. Los van de methodologische problematiek van de tevredenheidsmeting, roept dat ook de vraag op wat we leren van de mensen met wie we niet werken of die niet mee willen werken. Zo ben ik ooit met mensen van een cgg gaan praten. Men vertelde me dat ze heel participatief, ‘empowerend’ en ondersteunend werkten. Ik zei dat ik aan het cliëntenbestand zag dat er niemand bij was in armoede. “Met zulk volk werken we niet, want die komen niet op tijd en zijn niet verbaal genoeg”, was het antwoord. Ik wil niet zeggen dat men niets kwaliteitsvol doet met de mensen die in de organisatie binnengeraken, maar wat doen we dan met de mensen die erbuiten vallen? Ik meen dat we veel meer leren over de kwaliteit van de zorg als we kijken naar de mensen met wie we niet werken, naar de mensen die we niet bereiken.

Wat zijn verantwoordingscriteria? Bij het ruimte laten voor organisaties en het stimuleren ervan, doen we een appel op de organisaties om te legitimeren wat ze doen. Dat is iets anders dan legitimeren dat ze resultaat boeken. Als men resultaat wilt boeken, moet men zeggen hoe goed het allemaal is. We vertrekken vanuit de logica van de vraag wat ze proberen te doen. Het debat hierover werd op een ander forum al eens gehouden. Het gaat daarbij bijvoorbeeld ook over de rol van de inspectie. Ik herinner me van toen ik zelf dertien jaar geleden in de jeugdzorg werkte dat ik toen een dialogische verhouding had met mijn inspecteur. We konden discussiëren over wat we deden en niet deden en met wie we werkten, over wat lukte en wat niet lukte. Nu hoor ik de inspecteurs klagen dat ze in een systeem van ‘ticking boxes’ zitten met vragen zoals: “Is het verslag in orde of niet? Is het op tijd? Hebt u voldoende bedden of te weinig? Wordt er op tijd doorverwezen?”. Met dat soort logica ontstaat een papieren, een fictieve realiteit.

Een belangrijk concreet aspect in de integrale jeugdhulpverlening is de trajectbegeleider. Waar is die naartoe? In het begin had die een sterke functie, maar die is wat ondergesneeuwd geraakt. Een trajectbegeleider is traditioneel iemand die de jongere en zijn probleem begeleidt, maar een trajectbegeleider zou ook een rol kunnen vervullen bij het appel doen op en bij het naar boven krijgen van logica's van hulpverleners. Ik hoorde het verhaal van een jongere die in een gemeenschapsinstelling werd geplaatst omdat hij in de residentie niet uit zijn bed komt. Hij staat niet op en geraakt niet in school. Daarom werd beslist om hem te sanctioneren door hem naar de gemeenschapsinstelling te sturen. Zijn dat adequate interventies? Ze vertrekken vanuit een beheersingslogica.

We hebben al wel ervaring met maatschappelijk kwetsbare jongeren, onder meer door wat vzw Jong uit het Gentse of vzw Uit De Marge doen met een trajectbegeleiding die positief ondersteunend is, die ook een link legt met hulpverlenersorganisaties en die ook in discussie gaat met die diensten, met CLB's en met cgg's over de vragen waarom ze doorverwijzen, wat ze eerst hebben geprobeerd en zo meer.

Er is ook de opvatting over registratie-instrumenten. Nu leggen die nogal de focus op 'wat we doen' en op de problematiek van cliënten. Eigenlijk krijgen we daardoor een selffulfilling prophecy. Allerlei zaken moet immers in 'ticking boxes' worden aangeduid in diagnostische categorieën en daarbij krijgen we een soort beeld van hoe erg de problematiek is. Ik wil daarmee natuurlijk niet zeggen dat de problemen niet erg zouden zijn, maar wat er uit het beeld verdwijnt, is de logica van wat we doen. Hoe construeren we instroomprocessen? Wat voor de ene consulent een POS (problematische opvoedingssituatie) is, is dat volstrekt niet voor een andere. Wat in de jaren '90 een POS was, is dat nu misschien niet meer. Els Dumortier, een collega van professor Christiaens, deed een mooi onderzoek naar kinderbescherming waaruit blijkt dat 'een kind in gevaar' vroeger de kussende meisjes aan school waren. Het zijn constructie-elementen die gepaard gaan met iets al dan niet problematisch noemen. Hebben we daar een zicht op, ook via registratie-instrumenten?

We moeten ons ook afvragen wat we leren uit de experimenten. Er lopen heel wat interessante experimenten die ons wat kunnen leren over de logica van de zorg. Ik verwijs naar twee experimenten die me na aan het hart liggen. Het eerste is De Vuurvogel in Kortenberg met directeur Karel De Vos. Naar dat project worden jongeren doorverwezen met wie al van alles is geprobeerd. In het project van De Vuurvogel stapte men uit de logica van het moeten. Het is geen wondermiddel, maar ze stellen vast dat ze toch terug contact krijgen met de jongeren met wie niemand nog contact kreeg, dat ze terug beweging krijgen in de situatie als ze maar wat tijd nemen, de jongere serieus nemen en geen directe sancties koppelen aan het niet beantwoorden aan de verwachtingen. Het project is een heel mooi voorbeeld om te verwijzen naar de discussie van de plus 18-jarigen. Ze hebben ook een project lopen 'Educatief plus 18', waarbij ze op een alternatieve manier proberen te werken aan de uitstroom. Het is heel boeiend.

Vreemd is voor mij altijd de vaststelling dat we uit dergelijke projecten – want er zijn er vroeger ook al wat geweest – niet per definitie iets leren, maar ze eerder zien als het afschuiven van de dossiers waarmee we niet meer weten wat gedaan. Als we echt niet weten wat we met een jongere kunnen doen, sturen we die naar De Vuurvogel, in de plaats van de logica van het project van De Vuurvogel te incorporeren in de basiswerking van de jeugdzorg.

Een ander project is Columbus in Kortrijk met directeur Willy Vandamme. Daar spreekt men van een positieve heroriëntering. Men stapte er uit de klassieke diagnoselogica. Het is een heel interessant project in het kader van de instroomdiscussie. De instroom wordt gezien als een wachtlijst. Er is instroomdiagnostiek, indicatiestelling en toewijzing waarna men vaststelt dat er geen plaats is en waardoor men niets doet met de jongere of hem of haar laat instromen op een plek die minder geschikt is. Daar gaat veel tijd over. Columbus slaat die diagnoseperiodes over en treedt direct in dialoog met die mensen en doet ook iets.

In plaats van te bekijken wat het probleem is en dan door te verwijzen, zegt Columbus: “Wat is het probleem en wat zouden we er samen aan kunnen doen?”.

Dat is nog niet zo lang bezig. Wij gaan daar nu een onderzoek opstarten, samen met de mensen van Columbus. De eerste cijfers wijzen alvast op het feit dat heel wat jongeren of gezinnen die anders in de jeugdzorg of bijzondere jeugdzorg zouden instromen, terug naar het algemene welzijnswerk en de algemene dienstverlening kunnen. Wat leren we daaruit? Als dat effectief zo succesvol zou zijn, doet ons dat natuurlijk de werking van een comité bijzondere jeugdzorg en de werking van de toekomstige toegangspoort fundamenteel bevragen.

Een laatste puntje gaat over onderzoek. Ik heb al gewezen op de brede opvatting over evidence based werken. We moeten wel nadenken over wat werkzame bestanddelen zijn, welke methodiek zinvol is en welke niet, maar toch vanuit een zeer kritische houding. Er is in Nederland een grote database met evidence based interventies die zouden werken. In Nederland komt men daar nu eigenlijk van terug. Ik zou adviseren om er hier nu niet in te beginnen geloven. Het zou niet de eerste keer zijn dat we in die val trappen.

Wij zien nogal wat onderzoeksaanvragen passeren naar efficiëntie en effectiviteit. Ik vind het belangrijk dat we daarover nadenken. Hulpverleners moeten verantwoorden wat ze doen. Maar ook daar zien we dat die onderzoeken soms nogal opgevat zijn in termen van ‘boek het resultaat?’ Het sterkste verhaal dat ik heb gehoord, was dat van een onderzoek bij een organisatie die met zeer complexe jongeren werkt. Men probeert daar met een aantal van die jongeren, en soms mislukt dat. Het onderzoeksbureau adviseerde dan om met minder moeilijke cliënten te werken, omdat de succesratio dan omhoog zou gaan. Zo creëer je natuurlijk restgroepen. Dan moet je achteraf niet klagen dat je met knelpunt dossiers zit.

Ik besluit met de vraag naar onderzoek rond concrete trajecten van jongeren in zorg. Wij weten eigenlijk zeer weinig over de concrete wegen die jongeren afleggen in de zorg en de logica's die daarmee gepaard gaan. Wij gaan nu vanuit de Universiteit Gent met een aantal scriptiestudenten onderzoek doen naar die uitstroom en een aantal trajecten proberen te construeren. Maar we hebben daar heel weinig wetenschappelijke gegevens over. Wat is bijvoorbeeld de doorverwijzingslogica van de CLB's? Wanneer verwijzen zij door en wanneer niet? Wij willen de CLB's niet evalueren, maar willen een zicht krijgen op de trajecten die jongeren doorheen dat systeem afleggen.

Dat onderzoek mag niet louter gaan over wat de werkbare methodieken zijn. Het moet ook gaan over de trajecten van jongeren en de interventielogica's die daarmee gepaard gaan.

IV. UITEENZETTING DOOR PROF. DR. JENNEKE CHRISTIAENS, FACULTEIT RECHTEN EN CRIMINOLOGIE, VAKGROEP CRIMINOLOGIE, VUB.

Professor Jenneke Christiaens: Ik heb als sociale wetenschapper de visie dat wij een rol hebben in het vragen stellen. Soms vraagt men wetenschappers om informatie, kennis en inzichten te komen presenteren. Ik wil erop wijzen dat wetenschap eigenlijk veel meer debat, tegenspraak en twijfel inhoudt, zeker sociale wetenschap, en in het bijzonder met betrekking tot deze vraagstukken. Wij trachten immers net om de complexiteit te vatten en die te bestuderen.

1. Complexiteit van de problematiek

Er is inderdaad vrij weinig onderzoek, zoals de vorige sprekers al stelden. Als er al onderzoek is, gaat dat veelal om prevalentieonderzoek en kwantitatief onderzoek, gericht op het detecteren van bepaalde problemen in populaties en specifieke groepen. Dat is een demar-

che waar toch wel wat discussie over bestaat. Als er gezegd wordt dat er een prevalentie is van gebroken gezinnen en alleenstaande ouders bij het cliënteel van de jongeren die in de bijzondere jeugdzorg zitten, is het te kort door de bocht om dan de oorzakelijke relatie door te trekken dat gezinnen met alleenstaande ouders de risicofactor bij uitstek zijn om met problemen met hun kinderen geconfronteerd te worden. Dat is het optillen van statistische relaties en verbanden tot oorzakelijke verbanden. Dat is een heel gevaarlijke gedachtesprong.

Het onderzoek dat er is, is bovendien veelal sterk beleidgericht. Er is weinig fundamenteel onderzoek. Het nadeel van beleidgericht of gevraagd onderzoek is dat het meestal heel kortlopend is. Op zes maanden of een jaar, als het even kan, gezien de budgettaire en andere regels. Ik ben dan ook van mening dat er in Vlaanderen nog heel wat kan gebeuren op het vlak van kritische en fundamenteel wetenschappelijke reflectie over die sociale praktijken.

Het wetenschappelijke debat vormt dus geen eenduidige en absolute waarheid, en daarom heb ik deze uiteenzetting ook opgevat als een aantal reflecties, die mijn argumentatieve demarche ook zullen vertegenwoordigen.

Ik wil er ten eerste op wijzen dat dit een complex vraagstuk is. Er is niet zomaar één antwoord. Ook in functie van het beleid is het belangrijk om dat niet te vergeten. De instroom stijgt sinds 2000. Men zegt dat iedereen het daarover eens is. De cijfers laten dat immers zien. De vraag is wat dat betekent. Is er dus een toename van problemen? Professor Vander Laenen heeft er daarstraks al op gewezen dat dat niet noodzakelijk zo is. Maar er zijn toch een aantal maatschappelijke veranderingen zoals armoede, economische problematieken, individualisme, de ‘risk society’ en dies meer, die kwetsbaarheid met zich meebrengen.

Als ik het in historisch perspectief plaats, is dat niet nieuw. Alleen is de situatie misschien wel wat veranderd. Misschien heeft dat ook te maken met de wijze waarop in de samenleving onze tolerantiedrempels op en neer gaan ten aanzien van bepaalde groepen en bepaalde problemen die in de aandacht komen en waarover een soort ‘awareness’ ontstaat. Daardoor is er een zekere selectiviteit waarneembaar. De instroom is in die zin dus een selectieve instroom.

Er is buiten de bijzondere jeugdzorg nog heel wat waar we geen zicht op hebben of dat in elk geval niet geregistreerd is. Dat komt niet mee in dat beeld. Daardoor krijgen we een beeld van degenen die instromen, dat ons zou doen vermoeden dat er daarbuiten geen andere groepen of problemen meer zouden zijn die wel in aanmerking kunnen komen om een beroep te doen op de basiszorg. Een analyse is dus noodzakelijk.

Ik wil erop wijzen dat wij ook in Vlaanderen met een probleem van statistieken zitten. Die statistieken zijn niet zo evident te hanteren. Het gaat hier om administratieve statistieken, die gemaakt zijn in functie van het administreren van wat er in de praktijk van de bijzondere jeugdzorg aanwezig is. Het is belangrijk om de gegevens die geregistreerd worden publiek te maken, maar het is ook niet altijd evident om met de publiek gemaakte gegevens aan de slag te gaan. Dat zijn vaak heel geaggregeerde gegevens, waardoor een analyse in functie van het debat niet echt mogelijk is.

Bij de overgang van het registratiesysteem BJ96 naar DOMINO, het elektronische dossier, wordt heel specifiek een codering van de sociale werkelijkheid, en dus van de problemen die worden aangemeld of waarmee mensen instromen, opgelegd aan de praktijk. Dat is trouwens een van de weerstandspunten geweest van veel sociale werkers in de praktijk. De vraag is welk model daar gehanteerd wordt. Op welke manier wordt er een raster opgelegd waarin sociale werkers in de praktijk hun casus moeten inpassen?

De complexiteit van het vraagstuk zit hem ook in het feit dat die stijging, trouwens net zoals bij jeugdcriminaliteit, altijd aanleiding geeft tot een logica die gericht is op de expansie van aanbod. Hoe de wachtlijsten op te lossen? Door meer capaciteit op allerlei terreinen. Dat lijkt logisch, maar het is een infernale logica, vooral als we niet weten wat de dynamiek is van het systeem van de instroom en van de trajecten. Dat is een van de cruciale punten, waarover ik het helemaal eens ben met professor Roose: wij weten weinig of niets over hoe het traject van instroom naar uitstroom verloopt, welke interventies er gebeuren en waarom. We zien daar een belangrijke aanwezigheid van residentiële maatregelen. Er is een spanningsveld tussen de instroom en de aanbodcapaciteit. Daar komt een druk van, zeker ook politiek en beleidsmatig. Het is een discours dat erop aanstuurt om juist die capaciteit uit te breiden, terwijl er toch ook inzicht moet worden verworven in hoe jongeren die experts zijn van de bijzondere jeugdzorg, daarin evolueren en projectmatig een parcours afleggen. Als er één aanbeveling is, dan is het onderzoek naar trajecten binnen de bijzondere jeugdzorg, en zeker in samenhang met het gerechtelijke luik. Zoals ik al heb aangegeven, werk ik meer op de gerechtelijke pijlers van dit verhaal.

Volgens alle gegevens van de jeugdparketten, is er, ondanks schommelingen, een stabiliteit in de aanmelding, zowel van MOF-dossiers als van POS-dossiers. Het gaat over een ander bevoegdheidsdomein, maar ik hoop niet dat ik er daarom niets over mag zeggen. Dat betekent dat er misschien toch iets is veranderd na de aanmelding. Daarvan hebben we nog geen publieke statistieken of statistieken die ook voor ons toegankelijk zijn.

Het is belangrijk om dit parcours en de link tussen gerechtelijk en buitengerechtelijk bloot te leggen, om die verhalen in kaart te brengen. Er wordt gemakkelijk gezegd dat mensen die in de gevangenis zitten, een jeugdbeschermingsverleden hebben. Onderzoek naar vrouwen in detentie laat zien dat slechts een heel beperkt aantal effectief een dossier had bij de jeugdrechtbank, ook bij het comité. Een belangrijk deel van de volwassenencriminaliteit of van de mensen die in detentie terechtkomen, heeft niet doodzakelijk een jeugdbeschermingsverleden. Niet alle jongeren die in de bijzondere jeugdzorg zitten, en in de jeugdcriminaliteit, stromen door naar detentie.

Er is een theorie, ik weet niet waar ze vandaan komt, die het persistente traject bij de jongeren berekent op 13 percent. Wij dachten dat een traject in de jeugdbescherming meisjes in de criminaliteit deed belanden, maar dat is helemaal niet zo. Op de veertig zijn er misschien een stuk of vijf die ergens een dossier hebben gehad, en nog niet allemaal bij de jeugdrechtbank. Dat is toch niet heel veel.

2. De onkenbare toekomst

Mijn tweede punt heb ik getiteld 'De onkenbare toekomst'. Heel veel van wat men met jongeren doet, zo niet alles, is gericht op preventie. Ook het gewone sanctioneren van jongeren heeft die preventiedimensie. Iedereen weet het, voorkomen is beter dan genezen. Ik ga daar ook mee akkoord. Dat heeft een heel positieve connotatie, zowel op het individuele als op het algemene vlak. Men is goed bezig, men bedoelt het alleszins goed. Het legitimeert het interveniëren ten aanzien van jongeren. Bovendien wordt het ook gekoppeld aan het beroemde en misschien ook wel beruchte belang van het kind, en de invulling daarvan.

De logica van preventie steunt op een heel etiologische visie, zeker inzake problemen van jongeren die gelinkt zijn aan jeugdcriminaliteit. De lijst van risicofactoren die men opstelt, is het resultaat van onderzoek naar jongeren die delinquente feiten hebben gepleegd of die in de bijzondere jeugdzorg hebben gezeten, en die bepaalde kenmerken hebben. Die risico's plus dat resultaat worden gebruikt en geïmporteerd in het screenen op individuen en op het heel vroeg detecteren, om dan het individu met zijn gedrag en zijn situatie te linken aan die risicofactoren. Het is op basis daarvan dat men een diagnose opstelt.

De instrumenten die men gebruikt, hangen allemaal aan elkaar vast. Het is een cirkelredenering. Daardoor is er een groot geloof in het feit dat de kans op wat nog moet gebeuren in de toekomst, groter of kleiner wordt. Dat is klassiek bij jongerendelinquentie of slecht gedrag. Ik spreek vanuit mijn expertise en perspectief.

De preventieve interventie wordt gezien als een voorkomende interventie, maar ook als een soort medicijn voor iets dat later zal optreden. Het is een geneeskundig denkmodel. Ik heb in DOMINO nog niet veel documenten gevonden over op welke wijze bepaalde risicofactoren aanwezig zijn en kunnen worden aangetikt. Waarschijnlijk is men de inspiratie gaan halen bij een of ander onderzoek. Men heeft me gezegd dat het ging om het STEP-model van professor Van Yperen uit Nederland. Het is klassiek dat die etiologische benaderingen van risicofactoren voortkomen uit kwantitatief onderzoek naar grote populaties en prevalentie van bepaalde kenmerken bijvoorbeeld bij delinquente jongeren.

Als we de bijzondere jeugdzorg bekijken in zijn historische ontwikkeling, dan is dat het luik van een systeem dat gericht is op jongerendelinquentie en allerlei problemen die jongeren kunnen hebben. In die zin maakt de bijzondere jeugdzorg historisch deel uit van die keten van het maatschappelijk omgaan met problematische jongeren. Toch zit er een sociale controle in die mensen waarbij de probleemdefiniëring extern wordt gestuurd. Ondanks alle motto's blijft dit vaak een externe probleemdefiniëring waarbij het belang van het kind kan samenvallen met wat maatschappelijk als noodzakelijke hulp wordt beschouwd.

3. Zorg op maat?

Een ander punt is de slogan 'een zorg op maat' en dan meer bepaald 'een bijzondere jeugdzorg op maat'. Ik vind het altijd heel moeilijk om aan mijn studenten uit te leggen wat nu precies een zorg op maat is. De weinige kennis die we hebben over de trajecten van jongeren haal ik uit het onderzoek dat we hebben gedaan naar recidive bij voor het eerst geplaatste jongeren wegens MOF-feiten. Vaak horen we: "Elke MOF'er is een POS'er en elke POS'er wordt een MOF'er.". De vraag is hoe het zit met dat traject en hoe men vanuit de vrijwilligheid naar de gerechtelijkheid gaat. Wat weten we over de bemiddelingscommissies? Een belangrijk deel van het resultaat van die commissies is dat jongeren naar het gerechtelijk luik worden doorverwezen. We zouden kunnen terugrijpen naar het onderzoek van Nicaise en De Wilde van jaren geleden waarin wordt gepleit voor een afschaffing van de gerechtelijke POS. De vraag is hoe legitiem het is om gerechtelijk op te treden ten aanzien van POS-jongeren.

Wij hebben een aantal trajecten geanalyseerd van voor het eerst geplaatste MOF-jongeren op basis van BJ96. Dat is een databank met gegevens over de maatregelen die jongeren krijgen. De logica van dat traject is zoek: het is chaotisch en grillig. Op basis van de gegevens waarover wij beschikken, zien we geen logische en consistente opbouw van de wijze waarop maatregelen veranderen, waarop jeugdrechters in beeld komen en maatregelen herzien.

Een belangrijk tweede punt dat ik wil aanhalen, is dat als we mensen bevragen, ze aangeven dat het heel instrumentele trajecten zijn. Dat betekent dat ze ingevuld zijn op basis van het aanbod, dat ze aanbodgestuurd zijn. Als men dat linkt aan die aanbodgestuurdheid, dan komen er, zoals daarnet ook al is gezegd, een aantal iatrogene effecten naar boven. Ik zou het niet zo straf willen stellen dat als men in het systeem komt, men er niet meer uitraakt. Bij de bijzondere jeugdzorg, en dan zeker de gerechtelijke jeugdzorg met de POS-jongeren, zien we echter dat er toch uitsluitingseffecten zijn. Vandaar ook de discussie over de doelgroepgerichtheid.

Sommige jongeren passen niet in vakjes. De diagnosestelling bij het begin zal dan verschuiven als men het volledige traject bekijkt. Er is een groep bij wie die diagnose alsmaar

ernstiger wordt, bij wie elementen worden toegevoegd, worden ontdekt, waardoor die restcategorieën ontstaan. Ze passen niet meer ergens in. De vraag is dan of dat een restcategorie is waar we geen aanbod voor hebben. Ik zou willen verwijzen naar de discussie die gevoerd zou kunnen worden over de opnameplicht, over de verschillende types van voorzieningen – van ambulant naar residentieel, en uiteraard de gemeenschapsinstellingen. Professor Roose heeft al gewezen op jongeren met psychiatrische problemen, maar ook met een drugs- en een criminaliteitsprobleem, die te agressief zijn. Dat is natuurlijk ook een manier om achter te blijven met een makkelijkere, of in ieder geval een goed inpassende cliëntengroep. Ik wijs nogmaals op het belang van onderzoek.

4. Capaciteitsvraagstuk

Als er wordt gekeken naar de capaciteit, dan is er al heel wat gebeurd op het vlak van een specifiek aanbod voor specifieke jongeren. Het gaat hier om het probleem van de opname en/of de opnameplicht, en dus het effect van uitsluiting. Daarover kan een politiek debat worden gevoerd. Ik ben van mening dat we door die trajecten te bestuderen en ons niet louter op kwantitatieve gegevens te baseren, we een zicht zouden kunnen krijgen op hoe die uitsluiting van bepaalde groepen jongeren aangepakt kan worden. Precies over die groep bestaat er een bijzonder interessant onderzoek in de Franse Gemeenschap.

Vanuit de spanning tussen de instroom en de discussie over de capaciteit, trajecten en effecten van uitsluiting, restgroepen, het ontdekken van nieuwe fenomenen enzovoort, ontstaat er een soort ‘never ending story’. Ik ben er voorstander van een positie in te nemen die reductionistisch is. Het gaat me niet om het afschaffen van de residentiële sector, maar wel om een houding. Het gaat me om het voorzichtig omspringen met interventies. Er is een – begrijpelijke – reflex, die daarop gericht is: interveniëren, dat is wat wij doen, dus doen we dat ook.

Er bestaat een onderzoek waarin de ene groep een justitiële interventie krijgt en de controlegroep niet. Men doet niets, wat eigenlijk bijna een drama is in het hoofd van vele actoren in dit systeem. Uit het onderzoek blijkt dat de controlegroep het op lange termijn beter doet dan de groep die aan justitiële interventies wordt onderworpen. ‘We moeten interveniëren, want dan zullen we het wel oplossen’ is niet noodzakelijk de oplossing. Durven niet te interveniëren en durven op zoek te gaan naar andere, meer ondersteunende hulpverlening, is nodig.

5. De professionele hulpverlener

Mijn laatste punt heeft betrekking op de hulpverlener: diegene die in contact is met jonge gezinnen, mensen van het comité, straathoekwerkers enzovoort. Zij zijn diegenen die ontmoeten. Ik neem graag de titel over van een boek van Koen Raes ‘Het moeilijke ontmoeten’ met de ander. Zij komen in contact met die ander. Er is een kloof. Wie stelt het probleem? Hoe wordt het probleem gedefinieerd? Sinds de discussie over de integrale jeugdzorg is dit wel aan bod gekomen, maar hoe doe je het in de praktijk? Het is niet zo eenvoudig. Respect is daarbij heel belangrijk. Voor mij is dat een centrale anker voor ‘het ontmoeten’.

De professionele hulpverlener heeft als eerste opdracht dat moeilijke ontmoeten. Het is belangrijk dat hij ruimte heeft om te praten, uiteraard professioneel, want het gaat om een professionele handeling. Vertrouwen heeft met respect en ruimte te maken en met de mogelijkheid om een verhaal te kunnen doen.

Professor Roose heeft al voldoende verteld over de kwaliteit van de hulpverlening. Men moet niet te zeer in hokjes denken, maar een beetje flexibiliteit in het handelen toelaten. Trajectbegeleiding is heel belangrijk: een intensief contact waar jongeren een beroep op kunnen doen en waarbij ze zelf een perspectief hebben. Trajecten bij recidieven kunnen

zo grillig zijn, dat jongeren niet meer weten waar ze naartoe gaan. Die jongeren hebben al niet zo'n positief toekomstbeeld. Een traject maakt het ook mogelijk om een toekomstbeeld te construeren, niet op te leggen maar te maken.

Het is belangrijk om te werken aan de ondersteuning van de hulpverleners. Uit ons onderzoek bij de gemeenschapsinstellingen is vastgesteld dat er een dynamiek is waarbij jonge krachten in dienst komen. Er is een acculturatie in de professionele cultuur die er al is. Het team is de opleiding in situ. Dat is niet altijd even positief, want je doet maar wat de ander ook doet.

Een tweede zaak om zo'n professioneel handelen mogelijk te maken en te begeleiden, is de nood en de noodzakelijkheid van intervisie en supervisie. Er moet ruimte zijn om te reflecteren en om reflexief om te gaan met de eigen praktijk. In de gemeenschapsinstellingen was dat, op het moment waarop wij het onderzoek deden, een probleem. Er is geen institutionele inbedding van ruimte voor werknemers om reflexief met de praktijk om te gaan. Ik zeg niet dat het moet worden geformaliseerd, maar je moet afstand kunnen nemen van je eigen praktijk om wat meer 'meta' over je eigen handelen te kunnen denken.

Er is nood aan vorming die niet alleen technologisch of managementgericht is, maar die het kader en de maatschappelijke rol in vraag durft te stellen.

Ik heb geen aanbevelingen. Ik ben een wetenschapper. Ik participeer graag aan politieke en maatschappelijke debatten, maar ik denk dat het een politieke discussie is om in de diversiteit die er is aan maatschappelijke inzichten, bepaalde opties te nemen. Ik denk niet dat er een wetenschappelijke waarheid bestaat. Ik vind het ook moeilijk als men de wetenschap als argument gebruikt om bepaalde beslissingen te nemen.

Else DE WACHTER,
voorzitter

Marijke DILLEN
Mieke VOGELS
Katrien SCHRYVERS,
verslaggevers

Gebruikte afkortingen

CAW	centrum algemeen welzijnswerk
cgg	centrum voor geestelijke gezondheidszorg
CLB	centrum voor leerlingenbegeleiding
DOMINO	Dossier Minderjarigen Opvolgingssysteem
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GES	gedrags- en emotionele stoornis
ggz	geestelijke gezondheidszorg
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children-studies
JOP	Jeugdonderzoeksplatform
MOF	als misdrijf omschreven feit
OCMW	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
POS	problematische opvoedingssituatie
STEP	Standaard Taxatie Ernst Problematiek
VAD	Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
YSR	Youth Self Report

BIJLAGE 1:

Presentatie van prof. dr. Freya Vander Laenen



IRCP Institute for International Research on Criminal Policy
Ghent University

Vlaams Parlement – 24.11.2010

Instroom van kinderen en jongeren in de jeugdzorg en de GGZ

Meer problemen of meer antwoorden?

Prof. Dr. F. Vander Laenen

Vragen?
Freya.vanderlaenen@ugent.be

www.ircp.org Universiteitstraat 4, B-9000 Gent, Belgium
Met dank aan L. Cappon, S. Van Audenhove, S. Merlevede ←



IRCP Institute for International Research on Criminal Policy
Ghent University

Vlaams Parlement – 24.11.2010

Structuur

- > 1. Prevalentie en trends
 - > 1.1. Prevalentie
 - > 1.2. Trends?
 - > 1.3. Methodologie
- > 2. Hulpvragen
 - > 2.1. Trends
 - > 2.2. Verklaringen
 - > 2.2.1. Binnen de zorg
 - > 2.2.2. Maatschappelijk
- > 3. Aanbevelingen

www.ircp.org Universiteitstraat 4, B-9000 Gent, Belgium



Institute for International Research on Criminal Policy
Ghent University

Vlaams Parlement – 24.11.2010

1. Prevalentie en trends

- > 1.1. Prevalentie 'problemen'
 - > Welbevinden jongeren Vlaanderen (HBSC-studies)
 - mentale gezondheid (2002, 2006, 2010?)
 - > Meerderheid Vlaamse jongeren vrij tevreden over hun leven
 - > Meer jongens dan meisjes tevreden
 - > ~ studierichting: Meisjes uit ASO: +
 - > Meer jongens tevreden dan in 2006
 - > beter dan het gemiddelde uit internationale studie

www.ircp.org Universiteitstraat 4, B-9000 Gent, Belgium



Institute for International Research on Criminal Policy
Ghent University

Vlaams Parlement – 24.11.2010

HBSC Vlaanderen

- > Gezondheidsgerelateerde levenskwaliteit
 - > 84% jongens - 79% meisjes: zeer goede tot excellente levenskwaliteit
 - > maar daalt met de leeftijd + ~ studierichting
 - > Zelfmoordgedachten
 - > 16% jongens - 22% meisjes, ≠ keren (17-18j)
 - > Meer in BO (1/3 meisjes – 1/5 jongens)
 - > (zelfmoord lichte daling bij mannen 10-29 j (1999-2008; Gent: piek op 20-24 j bij vrouwen, 2008)
 - > Automutilatie
 - > 16,5% in laatste graad, 1 of meer
 - > Meer meisjes (en meer herhaald, Potrzky, 2001)

www.ircp.org Universiteitstraat 4, B-9000 Gent, Belgium



Institute for International Research on Criminal Policy
Ghent University

Vlaams Parlement – 24.11.2010

HBSC Vlaanderen

- > Middelengebruik
 - > Alcohol
 - > 22% 15-j meisjes ; 38% 15-j jongens wekelijks
 - > Meer jongens dan meisjes + meer dronken
 - > Vroege initiatie dronkenschap bij meisjes ~ lage welvaart gezin
 - > Cannabis
 - > 17% 15-j meisjes; 25% 15-j jongens ooit-gebruik
 - > 6 % 15-j meisjes; 12% 15-j jongens laatste 30 d.
 - > Meer jongens dan meisjes

www.ircp.org Universiteitstraat 4, B-9000 Gent, Belgium



Institute for International Research on Criminal Policy
Ghent University

Vlaams Parlement – 24.11.2010

JOP-monitor, 2010

- > Welbevinden jongeren, Vlaanderen
 - > Algemeen genomen voel ik mezelf eigenlijk een mislukking
 - > NA: 84.4% - tss 2: 12.3% - Akkoord : 3.4%
 - > Ik ben in staat problemen en uitdagingen aan te gaan
 - > NA: 6.5% - tss 2: 23.3% - Akkoord : 70.1%
 - > Ik heb de afgelopen 12 m ernstig overwogen zelfmoord te plegen
 - > NA: 93.0% - tss 2: 4.5% - Akkoord : 2.5%
 - > Ik ben er zeker van dat mij een schitterende toekomst te wachten staat
 - > NA: 9.8% - tss 2: 47.5% - Akkoord : 42.8%
- > ~ sociaal economische situatie

www.ircp.org Universiteitstraat 4, B-9000 Gent, Belgium



Institute for International Research on Criminal Policy
Ghent University

Vlaams Parlement – 24.11.2010

> YSR, Nederland (1993-2003, Tick e.a., 2003)

- > Meisjes, vnl. jongste groep en [jongens met lage SES] –
 ➤ emotionele problemen
 - > automutilatie en zelfmoordgedachten
- > Meisjes: ➤ internaliserende problemen
- > Meisjes: sterkere ➤ dronkenschap – binge drinking
- > Daling gedragsproblemen, daling externaliserende problemen bij jongens

www.ircp.org Universiteitstraat 4, B-9000 Gent, Belgium



Institute for International Research on Criminal Policy
Ghent University

Vlaams Parlement – 24.11.2010

> Focus: GGZ-problematiek

- > Vlaanderen: geen prevalentieonderzoek
- > Resultaten ~ methodologie
- > 10-16 % jongeren psychiatrische stoornis 6-10j (Zwirs e.a., 2007)
- > 1/5 adolescenten psychiatrische stoornis + naar schatting 4-6% nood aan klinische interventie (Collishaw, 2004)
- > +- 10 % 0-18 j ernstige gedragsproblemen (Grietens & Hellinckx, 2001)
- > Nederland: 6% jeugdigen lichte verstandelijke handicap en/of psychi(atri)sche problemen; 9% lichte verstandelijke handicap en beperkt sociaal redzaam 0-23j= *schattingen* (Algemene Rekenkamer, 2006)

www.ircp.org Universiteitstraat 4, B-9000 Gent, Belgium



Institute for International Research on Criminal Policy
Ghent University

Vlaams Parlement – 24.11.2010

- > NAH
 - > Agressie: vnl. periode na letsel (1/3 tot 6 m na letsel, Tateno e.a., 2003)
 - > Follow-up na 5 j letsel: 20 % ernstige NAH-patiënten vertoont agressief gedrag (Azouvi e.a., 2009)
- > prematuur geboren
 - > hogere prevalentie gedragsproblemen +- 50 % meer (Caravale et al., 2005; Anderson & Doyle, 2004; Gray e.a., 2004)
 - > significant meer aandachtsproblemen (Botting e.a., 1997), lagere taakgerichtheid en kortere concentratieboog (Shuma e.a., 2008)

www.ircp.org Universiteitstraat 4, B-9000 Gent, Belgium



Institute for International Research on Criminal Policy
Ghent University

Vlaams Parlement – 24.11.2010

1.2. Trends

- > Europa: Geen ↗ psychoses, anti-sociaal gedrag en borderline bij jongeren (Bradshaw & Richardson, 2009; Nederland = 1983-1997, Van Lieshout e.a., 2007)
 - > Wel: Vergelijking 2 nationale (VK) steekproeven bij meisjes 20 j: ↗ prevalentie emotionele problemen (Bradshaw & Richardson, 2009)
 - > Geen ≠ in sociale status, gezin, ethniciteit
 - > Wel: ↗ automutilatie (Bradshaw & Richardson, 2009) – sommige studies zelfmoord (Mittendorfer-Rutz & Wasserman, 2004; Hawton & James, 2005)
 - > 2000-2007: 2,4% -> 3,8 % life time
 - > Vnl vrouwen 16-24j: 6,5% -> 11,7%

www.ircp.org Universiteitstraat 4, B-9000 Gent, Belgium



Institute for International Research on Criminal Policy
Ghent University

Vlaams Parlement – 24.11.2010

Trends (3)

- > Vlaanderen: geen algemene ↗ gedragsmoeilijkheden bij kinderen en jongeren in Vl. en Nl. (Grieten e.a., 2006)
- > Nl: ↗ 1998-2003 emotionele en gedragsproblemen, vnl bij 3-jarige jongens
 - > maar: vooral lichte en matige problemen – ernstig probleem =
 - > o.b.v. DMS: geen duidelijke trends -> meer OZ
 - > o.b.v. YSR: geen substantiële ↗ (Besseling e.a., 2007)

www.ircp.org Universiteitstraat 4, B-9000 Gent, Belgium



Institute for International Research on Criminal Policy
Ghent University

Vlaams Parlement – 24.11.2010

Trends (4)

- > Prevalentie psychische problemen/psychiatrische problematiek veel groter *in* de jeugdzorg
 - > Cf 70 % in BJZ (Deboutte, 2007)
 - > Pleegzorg: 61 % boven cutt-off gedragsproblemen (CBCL) – 35 % boven cut-off YSR (Sawyer e.a., 2007)
 - > En *na* de jeugdzorg, naar schatting 40% psychisch probleem (Ringelsen e.a., 2009; Southerland e.a., 2009; Van Audenhove & Vander Laenen, 2010)

www.ircp.org Universiteitstraat 4, B-9000 Gent, Belgium



Institute for International Research on Criminal Policy
Ghent University

Vlaams Parlement – 24.11.2010

Besluitend

- > Geen ↗ aantal jongeren met een gezondheidsbeperking als substantiële verklaring voor de ↗ in het gebruik van zorg (Besseling, 2007)
- > Onduidelijk of ↗ vraag naar hulp een echte ↗ weergeeft in prevalentie moeilijkheden (Bradshaw & Richardson, 2009)
- > Geen bewijs significante ↗ psychisch zieken of ernstige GGZ problematiek bij jongeren in het Westen (Collishaw, e.a., 2004)

www.ircp.org Universiteitstraat 4, B-9000 Gent, Belgium



Institute for International Research on Criminal Policy
Ghent University

Vlaams Parlement – 24.11.2010

1.3. methodologie

- > Prevalentie-onderzoek
 - > = kwantitatief – onvoldoende zicht op motieven en achterliggende problematiek ⇒ nood aan kwalitatief onderzoek
 - > Vooral in scholen
 - > Niet bevragen kwetsbare groepen (Vander Laenen, 2008)
- > GGZ: EU: weinig nationale epidemiologische studies – geen gestandaardiseerde manier van onderzoek doen
 - > ⇒ wel noodzakelijk om beleid te kunnen ontwikkelen gericht op well-being en preventieve acties te kunnen ondernemen (WHO, 2009)

www.ircp.org Universiteitstraat 4, B-9000 Gent, Belgium



Institute for International Research on Criminal Policy
Ghent University

Vlaams Parlement – 24.11.2010

Methodologie

- > Trends onderzoeken
 - > Onderzoeken gevoelige onderwerpen – bij voorkeur zelfrapportage (Tick e.a., 2008)
 - > Nadelen: geheugen & in scholen
 - > Pas mogelijk na drie meetmomenten (cf. JOP-monitor)
 - > Meten met identieke instrumenten i.f.v. vergelijkbaarheid (Tick e.a., 2008)

www.ircp.org Universiteitstraat 4, B-9000 Gent, Belgium



Institute for International Research on Criminal Policy
Ghent University

Vlaams Parlement – 24.11.2010

2. Hulpvragen

- > 2.1. Trends
 - > ↗ BIZ – ook netto (vgl. in- en uitstroom) (Deven e.a., 2009; Peeters e.a., 2009)
 - > Aantal jongeren + 36 % (2000-2008)
 - > Aantal maatregelen bijna x2 (2003-2007)
 - > POS: 79,6% (2003) -> 83% (2007)
 - > Door ↗ maatregelen JRB 40,1% (2003) -> 46% (2007) ~ ↗ vorderings- en beslissingsbeleid A'pen
 - > MOF: 17,8% (2003) -> 15,2% (2007)
 - > ↗ gemiddelde begeleidingsduur (310 -> 340)

www.ircp.org Universiteitstraat 4, B-9000 Gent, Belgium



Institute for International Research on Criminal Policy
Ghent University

Vlaams Parlement – 24.11.2010

- > **Maatregelen**
 - > Binnen BJZ: 14.000 (gemidd. 92 % bezetting)
 - > Buiten BJZ (pleegzorg, preventieve sociale acties, VAPH): 18.000 = *grootste* ↗
- > **Verderzetting maatregelen**
 - > 1982-nu: 27 % -> 42 % (27% BJZ; 13% VAPH; 9% plaatsing gezin) (Van Regenmortel)

www.ircp.org Universiteitstraat 4, B-9000 Gent, Belgium



Institute for International Research on Criminal Policy
Ghent University

Vlaams Parlement – 24.11.2010

- > **VAPH**
 - > Aanvragen globaal stabiel
 - > Maar: ASS X 3 (1999-2005) – ADHD + 3% (1999-2005)
 - > BUSO: jaarlijkse ↗ aantal leerlingen – vnl bij type 3: 6,43 % (2001-2002) -> 10,64 % (2008-2009)
- > **Jongvolwassenen**
 - > Vlaanderen - 2009: 2469 zorgverlaters – 820 beroep op voorgezette begeleidingsmodaliteit – ↗ 2^e helft 2009 (03/09: 775 -> 09/09: 1165)
 - > ↗ jeugdzorg en GGZ = internationaal fenomeen (zie o.m. Nederland (Besseling e.a., 2007; Finland (Hiilamo, 2009; Siponen e.a., 2007)

www.ircp.org Universiteitstraat 4, B-9000 Gent, Belgium



Institute for International Research on Criminal Policy
Ghent University

Vlaams Parlement – 24.11.2010

2.2. Verklaringen

- > 2.2.1. Binnen de zorg (aanpak)
 - > Betere herkenning, signalisatie en registratie (Van t'hek, 2006)
 - > Vaker diagnoses emotionele en gedragsproblemen (Besseling, 2007)
 - > ↗ bekendheid fenomeen hulpverlening ⇒ ↗ diagnoses ADHD en ASS (Grieten e.a., 2006)
 - > Aandacht voor vroegdetectie en interventie (Sourander e.a., 2004) ⇒ Behandeling start vroeger in het leven (Pijl e.a., 2000)

www.ircp.org Universiteitstraat 4, B-9000 Gent, Belgium



Institute for International Research on Criminal Policy
Ghent University

Vlaams Parlement – 24.11.2010

Binnen de zorg (aanpak)

- > Uitbreiding capaciteit - aanwezigheid eerstelijnszorg = preventief
 - > Ook meer en sneller detectie problemen ⇒ extra druk op gespecialiseerde zorg (Peeters e.a., 2009)
 - > Ook contact met hulpverlening ~ uithuisplaatsing ↗ (Hiilamo, 2009)
- > Meer (gespecialiseerd en gedifferentieerd) aanbod – lagere drempel (Ten Have e.a., 2005; Nouwen, 2009; Hiilamo, 2009)

www.ircp.org Universiteitstraat 4, B-9000 Gent, Belgium



Institute for International Research on Criminal Policy
Ghent University

Vlaams Parlement – 24.11.2010

Binnen de zorg (aanpak)

- > Interne processen verwijzers
 - > Toegang tot BJZ en GGZ ↗
 - > Plaatstekort in BJZ -> escalatie problemen (Nouwen, 2009)
 - > Wachtlijsten
- > Organisatie van het zorgcircuit = versnipperd (overlap en lacunes) (Boudewijns e.a., 2005)
 - > Cf. moeilijkheden implementatie IJH
 - > Cf. knelpunt dossiers IJH

www.ircp.org Universiteitstraat 4, B-9000 Gent, Belgium



Institute for International Research on Criminal Policy
Ghent University

Vlaams Parlement – 24.11.2010

Binnen de zorg (aanpak)

- > BJZ
 - > JR-ers: tekort aan plaatsen in HV heeft 'zeer grote invloed' op beslissingsprocessen (Franssen e.a., 2010)
 - > ↗ gemiddelde begeleidingsduur (ook Besseling, 2007), ↗ verder zetten maatregelen
 - > Ervaring en deskundigheid complexe problemen ↗ (Nouwen, 2009)
 - > Dominantie residentiële zorg
 - > Studie RvE: kinderen < 3 j: België 3^e plaats (na Bulgarije, Letland): 56/10 000 (Browne e.a., 2006)

www.ircp.org Universiteitstraat 4, B-9000 Gent, Belgium



Institute for International Research on Criminal Policy
Ghent University

Vlaams Parlement – 24.11.2010

2.2.2. Maatschappelijk

- > Evolutie in bevolkingspiramide: vergroening
- > Complexere samenleving – eisen samenleving naar functioneren ↗ (Algemene Rekenkamer, 2006; Besseling e.a., 2007, Nouwen, 2009) ~ mogelijkheden
 - > ⇒ meer kinderen *hinder* van psychische of gedragsproblemen; moeilijkheden voor kinderen met mentale beperkingen
 - > ⇒ nieuwe doelgroepen
 - > Meisjes: verandering in culturele verwachtingen (Soulander e.a., 2004)

www.ircp.org Universiteitstraat 4, B-9000 Gent, Belgium



Institute for International Research on Criminal Policy
Ghent University

Vlaams Parlement – 24.11.2010

Maatschappelijk

- > Risicosamenleving
 - > Meer focus op problematisch gedrag (intermediaren)
 - > Sneller op zoek naar diagnose bij probleemgedrag (Nouwen, 2009)
- > Wet- en regelgeving
 - > ~ focus op slachtoffers, seksueel misbruik, intrafamiliaal geweld, ... (zie ook Sundell e.a., 2007)

www.ircp.org Universiteitstraat 4, B-9000 Gent, Belgium



Institute for International Research on Criminal Policy
Ghent University

Vlaams Parlement – 24.11.2010

Maatschappelijk

- > ~ resultaten jongerenwelzijn (Bradshaw, 2009)
 - > ~ financiële steun (+); ongelijkheid (-)
 - > ⇨ toenemende ongelijkheid in de sl.
 - > opgroeien in een 'gebroken gezin' (=)
 - > <-> opeenvolgende breuken, vechtscheidingen en sociaal netwerk (Nouwen, 2009)
- > Natuurlijke netwerken -> professionele netwerken (Ten Have e.a., 2005; Besseling e.a., 2007; Nouwen, 2009)

www.ircp.org Universiteitstraat 4, B-9000 Gent, Belgium



Institute for International Research on Criminal Policy
Ghent University

Vlaams Parlement – 24.11.2010

Maatschappelijk

- > Vraag naar hulpverlening vanuit zorgvrager ↗
 - > meer gezinnen doen beroep op professionals bij opgroei problemen (Peeters e.a., 2009)
 - > Sneller op zoek naar diagnose bij probleemgedrag (Nouwen, 2009)
 - > Meer herkenning psychiatrische stoornissen (Ten Have e.a., 2005)
 - > Zorgvrager is mondiger geworden en weet de weg beter te vinden (Besseling, 2007)
 - > Positieve houding t.o. gebruik diensten (Sourander e.a., 2004)

www.ircp.org Universiteitstraat 4, B-9000 Gent, Belgium



Institute for International Research on Criminal Policy
Ghent University

Vlaams Parlement – 24.11.2010

3. Aanbevelingen

- > De vraag zal altijd groter zijn dan het aanbod
- > ... en zal ook steeds ↗
- > = paradox
 - > Bevolking: bewustzijn problemen ↗ – informatie ↗
 - stigma ⇒ (positief) hulpzoekend gedrag ↗
 - > Professionelen: bewustzijn ↗ – professionalisering
 - ↗ – diagnostiek ↗ ⇒ beter en meer zicht op

www.ircp.org Universiteitstraat 4, B-9000 Gent, Belgium



Institute for International Research on Criminal Policy
Ghent University

Vlaams Parlement – 24.11.2010

aanbevelingen

- > Radicaliteit
 - > 1. preventie (versterken)
 - > 2. basisvoorzieningen (versterken)
 - > 3. BJZ, VAPH en GGZ als ultimum remedium
 - > Afbouwen residentiële zorg ten voordele van alternatieve zorgvormen
 - > Cf. onderzoek Europese landen plaatsing kinderen < 3 jaar (Browne e.a., 2006)
 - > ! Gevolg: verdere ↗ multi-problem in residentiële zorg (cf. art 107)

www.ircp.org Universiteitstraat 4, B-9000 Gent, Belgium



Institute for International Research on Criminal Policy
Ghent University

Vlaams Parlement – 24.11.2010

aanbevelingen

- > Aandacht voor kwetsbare groepen en nieuwe groepen
 - > > niet-begeleide minderjarigen – ook allochtonen, zonder papieren, Roma, kindsoldaten, ... (Nouwen, 2009; Derluyn & Broekaert, 2007)
 - > Allochtonen nauwelijks plaatsing in GGZ (Lodewyckx e.a., 2005)
 - > NAH, follow-up prematuren
 - > OOK kinderen in armoede
 - > Werkloosheid ~ aanmelding minderjarigen bij parketten; vnl. MOF (Vanneste e.a., 2008)
 - > ⇨ evenwicht evidence-based werken – innovatieve proefprojecten o.b.v. wetenschappelijke evaluatie

www.ircp.org Universiteitstraat 4, B-9000 Gent, Belgium



Institute for International Research on Criminal Policy
Ghent University

Vlaams Parlement – 24.11.2010

aanbevelingen

- > Monitoring ↗
 - > De vraag
 - > Kwantitatief
 - > Trends in prevalentie emotionele en gedragsproblematiek; demografische ontwikkelingen = onderzoek
 - > Bijzondere aandacht kwetsbare groepen (comorbiditeit BJZ, GGZ, GES)
 - > Uniforme screening (diagnose en indicatiestelling), *los van* sectoren = praktijk
 - > Observatie- en indicatie-unit – multidisciplinair – inspraak ouders en jongere

www.ircp.org Universiteitstraat 4, B-9000 Gent, Belgium



Institute for International Research on Criminal Policy
Ghent University

Vlaams Parlement – 24.11.2010

aanbevelingen

- > Monitoring ↗
 - > De vraag
 - > OOK Kwalitatief (fundamenteel OZ en praktijk)
 - > Motieven, achterliggende redenen
 - > Hulpvragen (> drempels)
 - > En tevredenheidsonderzoek voor alle voorzieningen én anoniem

www.ircp.org Universiteitstraat 4, B-9000 Gent, Belgium



Institute for International Research on Criminal Policy
Ghent University

Vlaams Parlement – 24.11.2010

aanbevelingen

- > Monitoring en bijsturing ↗
 - > Het aanbod
 - > Bijsturing o.b.v. *monitoring* vraag (evenwicht)
 - > Prioriteiten o.b.v. radicaliteit en evidence-based werken
 - > De wortel en de stok
 - > Enveloppe-financiering
 - > + Extra subsidies *succesvolle* doorverwijzingen (o.b.v. subsidiariteit) i.f.v. uitstroom
 - > + Extra subsidies nazorg minderjarigen – transitie i.f.v. uitstroom en (eventueel) aansluiting bij volwassen HV
 - > + Extra subsidies knelpuntdossiers

www.ircp.org Universiteitstraat 4, B-9000 Gent, Belgium



IRCP Institute for International Research on Criminal Policy
Ghent University

Vlaams Parlement – 24.11.2010

aanbevelingen

- > Monitoring en bijsturing ↗
 - > Het beleid
 - > 'Jeugdzorg in cijfers': onderzoek
overheidsuitgaven = toetsing beleid + prioriteit
= groei i.f.v. rechtzetten scheefgroei
(radicaliteit)

www.ircp.org Universiteitstraat 4, B-9000 Gent, Belgium

BIJLAGE 2:

Presentatie van prof. dr. Rudi Roose

De stijgende instroom van kinderen en jongeren in de (bijzondere) jeugdzorg en de geestelijke gezondheidszorg

Vlaams Parlement - 24 november 2010

Prof. Dr. Rudi Roose
UGent/VUB

Groei problemen/situaties die als probleem worden benoemd

1) Toename van problemen – benoeming van situaties als problemen, o.a.

- Toename armoede – sociale uitsluiting (cf. stijging groep “werkende armen”)
- Agora-onderzoek: *grote kwetsbaarheid* voor interventies op basis van diversiteit van situaties die als afwijkend worden gezien (Bouverne-De Bie et al, 2010)?
- *Individualisering* en groeiende vereiste van *ik-sterkte* (cf. Beck, 1997)
- Druk op ouders/het gezin/opvoeding als antwoord op maatschappelijke problemen

Interactie met interventies

- *Wat is de verhouding tussen problemen/probleemdefinities en de zorg?*
- Interventies zijn niet per definitie een *oplossing*:
 - er bestaat geen lineaire verhouding tussen de groei van problemen en nood aan meer interventies
 - interventies kunnen ondersteuning bieden op probleem dan wel problemen ook mee *creëren/bestendigen*

⇒ **Kernvraag: wat is de verhouding tussen problemen en responsiviteit van de zorg?**

Responsieve zorg

- *Werkbare zorg = responsieve zorg*
- *Uit diversiteit van onderzoek: **kwaliteit van aanwezigheid** als kernelement!* (cf. Roose, 2006)
 - *Zinvolheid van zorg ≠ zorg als oplossing*
 - *Engagement* ipv organisatie primeert
 - *Respect*
 - *Flexibiliteit*: ruimte voor onvoorspelbaarheid
 - *Ruime aanspreekbaarheid*
 - *Tijd* als belangrijke waarde

Responsieve zorg?

- *Spanning tussen responsieve zorg*

en

- Logica van *preventie*
- Logica van *managerialisme*

(Roose, 2006)

Responsieve zorg >< preventie

- Preventie wijst op *externe* probleemdefinitie >< recht op hulp
- Preventie wijst op *beheersingsidee* >< *complexiteit* van problemen
 - Risico op vertalen van sociale problemen in *individuele* problemen
 - *Cf. vertaling van armoede in probleem van opvoedingsondersteuning*
- Actueel nadruk op "*prevention trough early detection*": *risicobeheersing*
 - >< meer ondersteunende benaderingen van preventie, bijvoorbeeld "*wenselijke preventie*" (Vettenburg et al., 2003).

Responsieve zorg >< preventie

- Preventie creëert *taboeruimtes*:
 - Ipv voorkomen van problemen, voorkomen van *transparantie* van problemen?
 - Risico op *paranoid parenting*: opgeven i.p.v. verhogen engagement van ouders (Pupavac, 1999; Furedi, 2002)

Impact op instroom

- Preventie als uitgangspunt creëert een *doorverwijzingcarrousel*: wanneer vastgesteld wordt dat *het niet werkt*, moet het naar een andere organisatie
 - Instroom BJB ↑, maar geen ontsnappingsroute, tenzij GGZ/psychiatrie?
 - Instroom GGZ/Psychiatrie ↑

Responsieve zorg >< managerialisme

- Nadruk op organisatie/beheersbaarheid/standaardisering/voorspelbaarheid van de zorg
 - >< verantwoording zorg op *zorgvreemde* criteria (Pols, 2005):
 - *oplossing i.p.v. zinvolheid*
 - >< afstandelijke i.p.v. aanwezige zorg?
 - Meer detectie, maar daarom niet meer engagement
 - >< *begrenzen i.p.v. verhogen engagement* (paranoïde hulpverlening?)
 - >< samenwerking als adequaat antwoord of als *geïstitutionaliseerde mythe*? (Provan, 1997; Roose, 2006)

Responsieve zorg >< managerialisme

- Weinig ruimte voor *kwetsbaarheid*, zowel voor kinderen en ouders als voor hulpverleners
 - Zorg afgestemd op de *ideale autonome cliënt*
 - *Confirmation bias*: goede cliënt is participerende cliënt (cf. Franssens, Put & Deklerck, 2010)
 - *Creaming*:
 - Afromen naar de *private markt* (betaalbaarheidsprobleem)
 - Creatie van *restgroepen*

Impact op instroom

- Begrenzende benadering leidt tot doorverwijzingcarrousel: wanneer vraag niet *binnen aanbod past/niet kan beheerst worden*, moet het naar een andere organisatie
 - Instroom BJB ↑, maar geen ontsnappingsroute, tenzij GGZ/psychiatrie?
 - Instroom GGZ/Psychiatrie ↑

Aanbevelingen

- Complexe problematiek
 - Ingebed in ruimere (internationale) maatschappelijke ontwikkelingen
 - Ingebed in (internationale) zorgontwikkelingen die actueel – bijvoorbeeld ikv de integrale jeugdhulp – ook worden versterkt door de nadruk te leggen op *organisatie* i.p.v. concrete handelen en engagement
- ⇒ Verwijst naar *ander maatschappijperspectief en zorgperspectief en het radicaliseren van een recht op hulpverlening i.p.v. uitgaan van een interventierecht* (≠ huidige invulling recht op hulp)

Aanbevelingen – enkele concrete aandachtspunten

- *Ruimte laten voor/stimuleren van ontgrenzing i.p.v. focus op begrenzing*
 - Vb. via beleidsvoering/regelgeving
 - Vb. Kwaliteitszorg gaat ook over wie we *niet* bereiken?
 - Vb. via *andere verantwoordingscriteria* en *appel op transparantie legitimatie van de hulpverlening en doorverwijzing*
 - Rol van de inspectie: *debat* ipv *ticking boxes*
 - Rol van/recht op *trajectbegeleiding*
 - Vb. andere benadering registratie-instrumenten
 - Wie sluiten we uit ipv enkel focus op 'wat we doen'? (cf. Bradt, 2009)

Aanbevelingen – enkele concrete aandachtspunten

- *Leren uit experimenten*
 - Vb. De Vuurvogel (Kortenbergh): loslaten van beheersing
 - Vb. Columbus (Kortrijk): positieve heroriëntering ipv diagnose
- *Onderzoek*
 - *Brede opvatting* over evidence based werken
 - Zicht krijgen op *concrete trajecten en doorverwijslogica*: focus op wat gebeurt ipv wat er zou moeten gebeuren
 - Cf. vraag naar logica CLB's in relatie tot de BJB

Referenties

- Beck, U. (1997). Democratization of the family. *Childhood*, 4(2), 151-168.
- Bouverne - De Bie, M. et al. (2010). *Een link tussen leven in armoede en maatregelen bijzondere jeugdbijstand?* Gent: Academia Press.
- Bradt, L. (2009). *Victim-offender mediation as social work practice. A comparison between mediation for young and adult offenders in Flanders*. Gent: Universiteit Gent.
- Franssens, M., Put, J. & Deklerck, J. (2010). *Het beleid van de jeugdmagistraat*. Leuven: Universitaire Pers Leuven.
- Furedi, F. (2002). *Paranoid Parenting. Why ignoring the experts may be best for your child*. Chicago, Illinois: Chicago Review Press.
- Pols, J. (2005). De hulpverlener als leverancier. Professionals en het verantwoorden van goede zorg. *Alert*, 31(4), 42-50.
- Provan, K.G. (1997). Services Integration for Vulnerable Populations: Lessons from Community Mental Health. *Family & Community Health*, 19(4), 19-30.
- Pupavac, V. (1999). *Children's Rights & the Infantilisation of Citizenship*. Paper gepresenteerd op de Political Studies Association Annual Conference held at the University of Nottingham.
- Roose, R. (2006). *De bijzondere jeugdzorg als opvoeder*. Gent: Academia Press.
- Vettenburg, N., et al. (2003). *Preventie gespiegeld. Visie en instrumenten voor wenselijke preventie*. Tielt: Uitgeverij Lannoo nv.

BIJLAGE 3:

Prestentatie van prof. dr. Jenneke Christiaens

Reflecties bij:
*de stijgende instroom van kinderen en
jongeren in de (bijzondere) jeugdzorg en de
geestelijke gezondheidszorg*



Jenneke Christiaens
Vrije Universiteit Brussel
Vakgroep Criminologie

1. Complexiteit van vraagstuk

- Instroom ⇔ administratieve statistieken
 - (Toename) Problemen ⇔ maatschappelijke veranderingen (kwetsbaarheid, armoede, economisch, individualisme, ...)
 - Toename gevolg van tolerantiedrempel ↑
 - ☐ ⇔ awareness (selectieve werking van aanmelding)
 - ☐ ⇔ dark number (wat/wie stroomt niet in?)
- Analyse noodzakelijk
 - Statistieken ... nog maar eens
 - Belang van publiek maken
 - Registratie (BJ96 → Domino) ⇔ codering sociale werkelijkheid met het oog op dossier (model!!!?)

1. Complexiteit van vraagstuk

- Infernale logica = expansie instroom ⇔ expansie aanbod
- Beslissingen en trajecten ⇔ capaciteit
- Instroom ⇔ aanbod capaciteit
- Toename residentiële maatregelen / plaatsing ?
- Conclusie: onderzoek naar instroom – en reactie op – traject binnen HV

Instroom bjz?

- Gerechtelijke BJZ:
 - Stabiliteit aanmeldingen jeugdparquet (jaren '80 – jaren 2000)
 - Doorverwijzingen veranderd?
 - » Beslissingen parketten?
 - » Beslissingen jeugdrechters
 - » Beslissingen BC ⇔ gerechtelijke opvolging?
- Buitengerechtelijk 'vrijwillige' BJZ
 - Uitbreiding ⇔ netwidening ?

2. De onkenbare toekomst

- Logica van preventie/preventief ingrijpen
 - Voorkomen beter dan genezen
 - Postieve connotatie individueel/algemeen
 - Gelegitimeerd motief van interventie(s) tav jongeren?
 - Belang van het kind
- BJZ ⇔ *noodzakelijk geachtte hulp*
 - Probleemdefiniëring extern?
 - Interventie = oplossing (medicijn)
 - Risicofactoren gedreven problematisering van sociale situaties tot individuele problemen
 - Cf. model Domino registratie?
 - » Kenmerkensvisie (ethiologische benadering)
 - » Cirkelredenering

3. BJZorg op maat?

- Traject (jongere en gezin)
 - Van vrijwillig naar gerechtelijk?
 - Rol van BC (beroepsinstantie vrijwillige HV)
 - Plaatsing in GI POS-jongere ?
 - Legitimiteit gerechtelijke POS
- Logica zoek : chaotisch - grillig
 - Zie onderzoek "Plaatsing en recidive"
 - Wat is "probleem" / beginsituatie – diagnose/indicatiestelling
 - Instrumenteel ⇔ aanbod (gestuurd) ⇔ doelgroepgerichtheid
- Iatrogene effecten
 - Nomade restgroepen = effect van kwalificatie & uitsluiting
 - MOF ⇔ POS
- Belang van onderzoek

4. Capaciteitsvraagstuk

- Verhoogde instroom → vraag naar expansie aanbod
 - Meer instellingen – plaatsen – bedden (meer plaatsing uit huis) ⇔ Lijkt logisch, maar is infernaal
 - Verbijzondering
 - probleem van opname(plicht)
 - Effect van uitsluiting
 - Wachlijsten
- Reductionistisch beleid?
 - Terug dringen van maatschappelijk noodzakelijk geachte interventionisme
 - Non interventionisme?

5. Professionele hulpverlener

- Het moeilijke ontmoeten met de ander
 - Wie stelt de vraag – het probleem – wie definieert?
 - Concrete handelen – interactie - tijd
 - Respect als noodzakelijk anker
- Kwaliteit van hulpverlening?
 - Hokjes denken – handelen?
 - Casemanagement en doorverwijzing?
 - Trajectbegeleiding
- Belang van ondersteuning hulpverleners
 - Jonge werkkrachten – al doende – zoals de collega's
 - Intervisie – supervisie ⇔ nood aan reflexiviteit, ruimte en tijd
 - » (zie GI, CBJ's, ...)
 - Vorming (kader in vraag durven stellen, maatschappelijke rol)