

Deze bijlage hoort bij de ThiemeMeulenhoff- uitgave (isbn 978 90 069 7800 1) :

Als opvoeden niet vanzelf gaat

Orthopedagogiek in de praktijk

Liesbeth van Hoof
Marleen de Vries

Bijlage II

De provinciale jeugdzorg

II.1	Jeugdzorg	3
II.2	Bureau Jeugdzorg (BJZ)	3
II.2.1	Het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling	6
II.2.2	Jeugdbescherming: gezinsvoogdij en voogdij	9
II.2.3	Jeugdreclassering	11
II.2.4	Kindertelefoon	11
II.3	Raad voor de Kinderbescherming	12
II.4	De jeugd-GGZ	14
II.5	Zorgvarianten in de tweedelijnszorg	15
II.5.1	Ambulante jeugdzorg	16
II.5.2	Semiresidentiële hulp: dagbehandeling/dagdeelhulp	16
II.5.3	Residentiële hulp: open en gesloten	20
II.5.4	Pleegzorg	20
	Literatuur	25
	Register	26

Ria Verbeek (38 jaar) heeft op dringend advies van de bedrijfsmaatschappelijk werker een afspraak gemaakt bij Bureau Jeugdzorg. Ria is moeder van drie kinderen: Jerry (11 jaar), Danny (9 jaar) en Priscilla (3,5 jaar). Ze is een half jaar geleden gescheiden van Henk (39 jaar). Henk en Ria werken bij hetzelfde bedrijf en komen elkaar regelmatig tegen. De scheiding is onrustig verlopen en nog steeds hebben de ouders ruzie over de omgangs- en bezoeksregeling. De ruzies zijn vaak in bijzijn van de kinderen. Ria heeft zich zes weken geleden ziek gemeld. Ze is overspannen en heeft gesprekken met de bedrijfsmaatschappelijk werker. Vader Henk heeft drie jaar geleden een nieuwe vrouw leren kennen (Selena). Zij is een stuk jonger dan Henk; ze was destijds 21 jaar. Vader is een relatie met Selena begonnen en binnen een aantal maanden was ze zwanger. Het jongste kind van Henk en Ria (Priscilla) was toen nog geen jaar oud. Ria voelt zich in de steek gelaten door haar ex-man.

De opvoeding van de drie kinderen verloopt moeizaam. Jerry vertoont zeer moeilijk gedrag. Dit deed hij al jaren, maar sinds vader weg is kan ze Jerry niet meer aan. Hij vertoont nauwelijks emoties – hij lacht nauwelijks, maar hij huilt ook nauwelijks. Ria zegt dat Jerry soms net een robot lijkt die af en toe kortsluiting heeft. Hij wordt gemiddeld één keer per dag onbedaarlijk boos, volgens Ria de enige emotie die hij heeft. Hij schreeuwt, slaat en schopt, maar doet ook zichzelf pijn. Hij slaat zichzelf vaak op zijn hoofd. Meestal wordt Jerry boos als het onrustig is in huis of als hij gestoord wordt bij zijn favoriete activiteiten: de spoorbaan en computeren.

Ria kan de onrust niet verhelpen. Ze geeft aan dat ze nauwelijks energie heeft om op te staan. Danny en Priscilla zijn volgens haar ook geen gemakkelijke kinderen. Ze worden snel boos, luisteren niet naar haar, schelden haar uit en ook Danny kan soms erg boos worden. Moeder vindt dat Danny qua gedrag veel op Jerry lijkt.

De bedrijfsmaatschappelijk werker heeft nu twee gesprekken gehad met Ria. Hij maakt zich zorgen om haar gemoedstoestand, maar ook over de opvoedingssituatie van de kinderen. Hij adviseert haar om met Bureau Jeugdzorg te gaan praten. Hij kan haar niet verder helpen bij de problemen die ze met de kinderen heeft. Hij zegt daarbij dat dit een dringend advies is.

Ria geeft aan dit te begrijpen en zich ook zorgen te maken. Ze zegt dat ze ook graag hulp wil.

II.1 Jeugdzorg

In deze bijlage zullen we de tweedelijs geïndiceerde jeugdzorg bespreken. Met het oog op de mogelijke stelselveranderingen geven we steeds een beknopte beschrijving en verwijzen we verder naar websites waar actuele informatie te vinden is.

Als eerste komen de verschillende functies van Bureau Jeugdzorg aan bod. Als toegangspoort stelt BJZ de meeste indicaties. Daarna gaan we in op de Raad voor de Kinderbescherming en de Geestelijke Gezondheidszorg voor de Jeugd (GGZ) als ketenpartners van Bureau Jeugdzorg. Vervolgens komen de verschillende zorgvarianten binnen de provinciale jeugdzorg en de GGZ aan bod. De zorgvarianten bestaan uit ambulante hulp, semiresidentiële hulp (dagbehandeling/dagdeelhulp), klinische of residentiële hulp (open en gesloten) en de pleegzorg.

II.2 Bureau Jeugdzorg (BJZ)

De doelgroep van Bureau Jeugdzorg bestaat voornamelijk uit ouders en kinderen met vragen op het gebied van opvoeding en ontwikkeling waarvoor intensievere hulp nodig is. BJZ voert specialistische taken uit voor kinderen die in hun ontwikkeling bedreigd zijn. In de gezinnen spelen vaak chronische problemen en de gezinsleden zijn vaak bekend bij andere vormen van zorg. Het kan ook gaan om kinderen die fysiek of psychisch worden mishandeld of verwaarloosd, en daarbij soms direct gevaar lopen. Daarnaast richt BJZ zich op situaties waarbij het de kinderen ontbreekt aan de belangrijkste aspecten van goede opvoeding, waardoor ze kunnen gaan disfunctioneren, bijvoorbeeld op school. Ook kinderen die depressief of autistisch zijn, of kinderen die kampen met gedragsproblemen behoren tot de doelgroep (MO groep Jeugdzorg, 2008). Deze kinderen hebben meer vragen dan hun ouders aankunnen. Ongeveer 5% van de Nederlandse kinderen en jongeren valt daarmee onder de doelgroep van BJZ.

Bureau Jeugdzorg biedt ondersteuning en hulp op het gebied van opgroeien en opvoeden. Het wijst de weg om die ondersteuning en hulp te krijgen, maar daarnaast heeft het ook de taak om de jeugd te beschermen als ouders of andere opvoeders hun pedagogische verantwoordelijkheid niet kunnen nemen of niet waar kunnen maken.

De Wet op de Jeugdzorg heeft ervoor gezorgd dat BJZ de toegangspoort is geworden tot de jeugdzorg. BJZ heeft als taak om het verzoek tot hulp (van een cliënt of door een verwijzer) te

beoordelen en vast te stellen welke zorg het meest effectief en passend is. Wanneer een dergelijk advies tot passende hulpverlening en tot geïndiceerde zorg leidt, noemt men dit advies een indicatiebesluit. Een indicatiebesluit is een formeel besluit tot zorg. In de Wet op de Jeugdzorg staat dat BJZ verantwoordelijk is voor het stellen van indicaties, maar ook dat het takenpakket breder is dan dat.

Bureau Jeugdzorg heeft daarnaast als taak om in ontwikkeling bedreigde kinderen te beschermen en de juiste zorg te realiseren (MO groep Jeugdzorg, 2008). De indicatiestelling is daarbij dus geen doel op zich, maar een middel om tot die juiste zorg te komen. Voor deze indicatietaak kan BJZ verschillende informatiestromen (zoals de ouders, huisarts, jeugd-GGZ) koppelen, waardoor een eenduidig beeld van de problematische opvoedingssituatie binnen het gezin kan ontstaan. Middels het stellen van een indicatie of verwijzing naar eerstelijnsvoorzieningen probeert men zo snel mogelijk te handelen in de problematische opvoedingssituatie. Daarbij wordt vraaggericht te werk gegaan. Dat betekent dat men de indicaties niet afgeeft op basis van het aanbod door de zorgaanbieders, maar dat men juist kijkt naar de behoeften van kind en gezin. BJZ kan hierbij schakelen tussen de mogelijkheden in de (boven)gemeentelijke voorzieningen en de geïndiceerde jeugdzorg. Het kan daarmee ook goed monitoren hoe is het gesteld met het huidige zorgaanbod en ziet voor zichzelf de taak om de provincie te adviseren over de inkoop van het zorgaanbod. BJZ heeft daarbij als taak om het proces van de zorguitvoering te volgen en te toetsen.

BJZ kent de volgende algemene taken:

- Het versterken van voorliggende voorzieningen, zoals jeugdgezondheidszorg en onderwijs, aansluiten bij zorgstructuren, Zorg- en Adviesteams (ZAT), en samenwerken met het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG) en de gemeente.
- Het voeren van een aanmeldingsgesprek, het vaststellen van de problematische opvoedingssituatie en het indiceren van de juiste hulp of verwijzen naar voorzieningen waar geen indicatie voor nodig is, en het uitvoeren van casemanagement. Soms verleent men lichte ambulante hulp, voor zover de provincie deze betaalt (deze taak gaat steeds meer naar het Centrum voor Jeugd en Gezin).
- Fungeren als advies- en meldpunt kindermishandeling.
- Bezien of er een maatregel van jeugdbescherming genomen moet worden en een verzoek doen voor onderzoek door de Raad voor de Kinderbescherming.

- Uitoefenen van voogdij, gezinsvoogdij en voorlopige voogdij.
- Uitvoeren van jeugdreclassering.
- Coördinatie van de kindertelefoon.

Wanneer een cliënt zich meldt of wordt aangemeld, bekijkt BJZ eerst of deze bij BJZ aan het juiste adres is voor hulp. Vervolgens wordt bekeken of de problematiek zich afspeelt op het terrein van (dreigende) ernstige opgroei- of opvoedingsproblemen. Men brengt de problemen in kaart, waarbij de hulpvraag van de jeugdige en/of zijn ouders centraal wordt gesteld. Deze inventarisatie is feitelijk onderdeel van de regulatieve cyclus, waarmee men van probleemstelling (aanmelding en acceptatie) tot een diagnose en een plan van ingreep kan komen (het indicatietraject).

De aanmelding bestaat in principe maar uit één gesprek. Dat betekent dat de medewerker van Bureau Jeugdzorg na één gesprek een aantal zwaarwegende keuzes moet maken op basis van de informatie die is verzameld. Hij maakt een inschatting hoe veilig de situatie rondom het kind is en/of de problematiek voldoende in kaart is gebracht. Om te kunnen inschatten wat de ernst van de problematiek is, zal vaak een draagkracht/draaglast-analyse worden opgesteld. Uiteindelijk wordt een diagnostisch beeld beschreven en op basis daarvan een indicatie gesteld voor hulp, het indicatiebesluit genoemd. Wanneer de hulpvraag niet op het gebied van de jeugdzorg ligt, wordt bekeken waar de cliënt naar verwezen kan worden.

Bureau Jeugdzorg geeft indicaties af voor de provinciaal gefinancierde jeugdzorg, de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen en voor de gesloten plaatsingen in de jeugdzorg.

Ria heeft besloten hulp te zoeken en gaat naar Bureau Jeugdzorg. Daar gaat ze in gesprek met Imke. Nadat Imke is nagegaan of Ria en de kinderen geaccepteerd kunnen worden als cliënt bij BJZ, gaan ze in gesprek over wat de reden is van Ria's komst.

Ria vertelt dat er thuis veel problemen zijn met de kinderen. Het groeit haar boven het hoofd. Ze had gehoopt dat er meer rust zou komen nu ze sinds een halfjaar weer een vriend heeft die regelmatig in het gezin is. Maar dat heeft anders uitgepakt. Haar vriend blijkt erg opvliegend te zijn en hij kan niet goed met de kinderen omgaan. Ria geeft aan dat ze zelf niet stabiel genoeg is om de kinderen daartegen te beschermen. Met vader Henk heeft ze veel ruzie. Hij heeft haar al enkele keren een klap gegeven en er zijn ook hoogoplopende ruzies met Henks nieuwe vriendin. De kinderen zijn vaak getuige van de ruzies.

Daarbij komt nog dat de kinderen niet gemakkelijk zijn. Ze vragen veel energie van haar, die ze eigenlijk al een tijd niet meer heeft. Vooral over Jerry maakt ze zich zorgen.

Imke wil, om een goede indicatie te kunnen stellen, meer aanvullende informatie vanuit een andere bron. Ze stelt een gesprek met vader Henk voor, maar die wil er niet bij betrokken worden. Ria geeft haar toestemming om contact op te nemen met de school van Jerry en Danny en het kinderdagverblijf van Priscilla.

De informatie die de school geeft is zorgwekkend: Jerry is niet te handhaven. De leerkracht en de intern begeleider hebben al dikwijls hun zorgen geuit bij moeder en er zijn al zorgplannen ingezet. De intern begeleider denkt aan een vorm van autisme bij Jerry en geeft aan dat zij hem op deze manier geen onderwijs kunnen bieden. Danny heeft af en toe zijn buien, maar komt goed mee op school. De intern begeleider is bang dat de kinderen worden mishandeld. Beiden hebben dikwijls grote blauwe plekken op de benen en armen. Moeder geeft aan dat ze dan gevallen zijn of ruzie hebben gekregen. Vader Henk staat de kinderen dikwijls bij het hek op te wachten. Beide jongens zijn dan erg gespannen.

De school heeft zich afgevraagd of ze een melding moesten doen bij het AMK. Ze zijn blij dat moeder zelf de stap naar Bureau Jeugdzorg heeft gezet.

Het kinderdagverblijf vindt dat Priscilla een verwaarloosde indruk maakt en regelmatig vies op het KDV aankomt. Zowel de school als het KDV merken op, dat Ria een lieve moeder lijkt die erg haar best doet, maar de opvoeding niet in de hand heeft.

Imke heeft overleg met haar collega's en de gedragsdeskundige over Ria en haar kinderen.

Iedereen maakt zich zorgen. Ria wordt door de meeste informanten ervaren als een lieve vrouw die echter niet de opvoedingsvaardigheden lijkt te hebben om met de ontwikkelingsproblemen van haar kinderen om te gaan. Daarnaast heeft ze weinig vaardigheden om haar eigen leven op de rails te zetten. Ria heeft veel negatieve gevoelens naar vader Henk, waar zowel zijzelf als de kinderen veel last van hebben. Door haar beperkte sociale netwerk ervaart ze weinig steun van anderen en staat ze er vaak alleen voor. Daarnaast lijkt moeder zelf een onverwerkte geschiedenis met zich mee te dragen, die haar opvoedingsvaardigheden in de weg staat. Imke denkt dat bij Ria altijd al wat onbalans is geweest in draaglast/draagkracht en dat het in het belang van de kinderen is dat er snel hulp in huis komt.

II.2.1 Het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling

Het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) is voortgekomen uit het ‘Bureau Vertrouwensartsen’, zoals de instelling in de jaren 90 van de vorige eeuw heette. Het AMK heeft in 2004 een aparte wettelijke regeling gekregen, maar met de invoering van de Wet op de Jeugdzorg is het AMK bij de Bureaus Jeugdzorg getrokken. Het AMK blijft echter een zelfstandig orgaan (art. 11 Wjz). Het AMK is in Nederland de voorziening die adviseert over en onderzoek doet naar aanleiding van een melding van kindermishandeling of wanneer daar (vermoedelijk) sprake van is. Het AMK houdt zich uitsluitend met kindermishandeling bezig (zie ook boek § 13.3.1 *Kindermishandeling*).

De definitie van kindermishandeling is breed. Dat is de kracht van de definitie, maar tegelijk ook de zwakte. De definiëring biedt de ruimte om een heel scala van vormen van misbruik te onderzoeken. Er valt door de breedte van de definitie ook een heel gebied aan problematische opvoedingssituaties onder de noemer ‘kindermishandeling’, zoals ouderlijke onmacht. Het AMK zal niet na ieder signaal een onderzoek instellen; er kan ook besloten worden degene die de melding doet, te adviseren of na een kort onderzoek de melding over te dragen aan BJZ. Overigens doet het AMK niet alleen onderzoek naar meldingen over (vermoedelijke) kindermishandeling door ouders of verzorgers, maar door eenieder die hiervan verdacht wordt. Wanneer het AMK van mening is dat de situatie rondom een kind zo bedreigend is dat er een kinderbeschermingsmaatregel nodig is, zal het de zaak melden bij de Raad voor de Kinderbescherming. Deze voert dan een onderzoek uit en kan de kinderrechter verzoeken om een maatregel, zoals een ondertoezichtstelling.

In 2009 gaf het AMK 32.501 keer een eenmalig advies: 10.364 keer ging het om een consult en 16.574 keer kwam het tot een melding voor een onderzoek door het AMK (MO groep, 2009). Het blijkt dat ongeveer evenveel jongens als meisjes worden gemeld, maar dat de groep kinderen tot en met 8 jaar oververtegenwoordigd is.

De taken van het AMK liggen in artikel 11 van de Wet op de Jeugdzorg vast. Hieronder vallen:

- Het geven van advies aan de persoon die een vermoeden van kindermishandeling heeft over de stappen die diegene kan ondernemen en het ondersteunen hierbij.
- Het doen van onderzoek naar aanleiding van een melding, om na te gaan of er daadwerkelijk sprake is van kindermishandeling.

- Het beoordelen van de vraag of er stappen genomen moeten worden bij de melding. Wanneer men dit nodig acht zal men ook beoordelen tot welke stappen de melding aanleiding geeft.
- Het binnen Bureau Jeugdzorg overdragen van de zaak.
- Het in kennis stellen van justitiële autoriteiten van (een vermoeden van) kindermishandeling, indien het belang van de minderjarige dan wel de ernst van de melding daartoe aanleiding geeft.
- Het op de hoogte stellen van degene die de melding heeft gedaan, van de stappen die naar aanleiding van de melding zijn genomen.

In het eerste contact met de (potentiële) adviesvrager, consultvrager of melder bespreekt de AMK-medewerker de bedoelingen en verwachtingen van de desbetreffende persoon, de probleemsituatie en de werkwijze en de mogelijkheden van het AMK.

Daarna wordt er een eerste inschatting gemaakt van de risico's, ernst en aard van de besproken problematiek en wat de mogelijkheden en beperkingen zijn van de melder om op een adequate manier met de (vermoedelijke) kindermishandeling om te gaan. Op het moment dat de melding in ontvangst wordt genomen maakt de AMK-medewerker opnieuw een inschatting van de risico's die het gemelde kind loopt. Daarbij kan hij gebruikmaken van een risicotaxatie-instrument.

De AMK-medewerker heeft overleg met meerdere disciplines. Voor het besluitvormingsproces is dit heel belangrijk. Hierdoor kan de medewerker reflecteren, stilstaan bij de situatie, er kan vanuit meerdere invalshoeken en referentiekaders naar de situatie worden gekeken en men kan samen beslissen welke stappen er ondernomen moeten worden. Naar aanleiding daarvan kan men advies geven, consultatie bieden, de melding in ontvangst nemen of het contact beëindigen (Baeten, 2009).

De verantwoordelijkheid van de AMK-medewerker is dus groot. Elke beslissing die deze neemt heeft invloed op het leven van het kind.

Imke stelt een indicatie voor jeugdhulp thuis. De zorgaanbieder biedt op basis van deze indicatie Intensieve Orthopedagogische Gezinsbegeleiding (IOG) aan. Dit omdat er sprake is van ernstige problemen en moeder Ria intensieve begeleiding nodig heeft om haar opvoedingsvaardigheden te versterken. Daarnaast is er voor Jerry indicatie voor observatiediagnostiek op de dagbehandeling van een medisch kinderhuis. Met school wordt afgesproken dat zij afwachten tot het observatierapport gereed is, waarna er mogelijk een indicatie kan worden aangevraagd voor het speciaal onderwijs. Uit de observatie van Jerry blijkt dat hij een autismespectrumstoornis heeft. Er wordt een indicatie voor speciaal onderwijs aangevraagd, omdat de school hem niet kan handhaven.

Moeder krijgt vijf maanden lang intensieve begeleiding in de vorm van IOG, maar de problemen lijken zich toch steeds weer op te stapelen. Vader blijft moeder mishandelen. De vriend van moeder, die inmiddels bij haar woont, wil niets met de IOG te maken hebben. De kinderen zijn bang voor hem en de school meldt opnieuw blauwe plekken bij de kinderen. Jerry is ook thuis niet langer te handhaven.

De intensieve orthopedagogische behandeling wordt een aantal keer geëvalueerd. Moeder en de casemanager van BJZ zijn hierbij aanwezig. Tijdens een evaluatie wordt besloten dat Jerry meer hulp nodig heeft. De casemanager adviseert opname voor 24-uursbehandeling in een instelling voor kinder- en jeugdpsychiatrie en geeft daarvoor een indicatie. Daarbij geeft de casemanager aan dat ze melding zal doen bij de Raad voor de Kinderbescherming met de aanvraag voor een ondertoezichtstelling (OTS). Met behulp van deze maatregel zou moeder beter ondersteund kunnen worden door een gezinsvoogd, die dan deels ook het gezag draagt. De gezinsvoogd kan ook meer invloed uitoefenen op vader. De maatregel zou moeder kunnen ondersteunen in het belang van haar kinderen. Moeder geeft aan afgetobd te zijn en het fijn te vinden als er iemand is die samen met haar de beslissingen kan nemen. Ze stemt in met een Raadsonderzoek en zal daaraan haar medewerking geven.

II.2.2 Jeugdbescherming: gezinsvoogdij en voogdij

Een andere taak van Bureau Jeugdzorg is het uitvoeren van kinderbeschermingsmaatregelen, in de vorm van voogdij en gezinsvoogdij.

De ondertoezichtstelling (OTS) is de meest voorkomende kinderbeschermingsmaatregel en deze wordt ook steeds vaker uitgesproken (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2010). Wanneer het niet

goed gaat in een gezin en de gezondheid en/of ontwikkeling van het kind bedreigd wordt door het (niet-)handelen van ouders, kan er een verzoek worden gedaan tot een ondertoezichtstelling (PI Research & Van Montfoort, 2009). Dit verzoek wordt ingediend bij de kinderrechter. Deze kan dan besluiten een ondertoezichtstelling uit te spreken en een gezinsvoogd aan te stellen. De gezinsvoogd deelt dan als het ware het ouderlijk gezag samen met de ouders van het kind. De ouders blijven verantwoordelijk voor hun eigen kind, maar de gezinsvoogd heeft wel het recht om zich met de opvoeding en verzorging te bemoeien. Hij moet erop toezien dat de bedreigende situatie voor het kind wordt verminderd of opgeheven. Hij maakt daartoe, samen met het gezin, een plan van aanpak. De gezinsvoogd schakelt andere zorgverleners in en heeft als taak om deze zorg te coördineren. Meestal schakelt hij zorgverleners in die het gezin daarbij helpen. De ondertoezichtstelling wordt voor maximaal een jaar uitgesproken. Het kan zijn dat de hulp minder lang nodig is omdat de situatie in korte tijd is verbeterd. In de praktijk zien we echter dat de gezinsvoogd meestal langer aanblijft om de effecten op langere termijn in de gaten te houden.

Het kan ook gebeuren dat de problematische opvoedingssituatie na een jaar nog niet voldoende is verbeterd. De gezinsvoogd vraagt dan een verlenging van de ondertoezichtstelling aan bij de kinderrechter. Die besluit of de maatregel wordt opgeheven of verlengd zal worden. Wanneer een kind 18 jaar wordt, vervalt de maatregel. Dan is het kind meerderjarig.

De taak van de gezinsvoogd is geen gemakkelijke. Door de combinatie van rechtspleging en jeugdhulpverlening moet de gezinsvoogd vaak jongleren tussen zijn taken en verantwoordelijkheden. De gezinnen waarvoor een ondertoezichtstelling is uitgesproken hebben vaak al meerdere hulpverleningstrajecten doorlopen en hebben enige terughoudendheid in het vertrouwen naar de jeugdzorg.

Wanneer de ouder het gezag van het kind blijvend niet kan uitvoeren, kan die uit het ouderlijk gezag worden ontzet of ontheven. Dit kan gebeuren wanneer de situatie rondom het kind langdurig bedreigend blijft en er geen hoop is dat de ouders het gezag nog zelfstandig kunnen dragen. De rechter legt het wettelijk gezag voor onbepaalde tijd ergens anders. Een ontheffing kan in principe niet worden uitgesproken als de ouder zich hiertegen verzet, maar de wet kent wel enkele uitzonderingen. Soms wordt een 'gedwongen ontheffing' uitgesproken.

Een ontzetting kan door de rechter worden uitgesproken als de ouders zich verwijtbaar misdragen tegenover hun kind. Anders dan bij een ontheffing wordt ouders dan dus verweten geen zorg

te dragen over hun kind. Een verzoek tot ontzetting of ontheffing uit het ouderlijk gezag wordt door de Raad voor de Kinderbescherming bij de rechtbank ingediend. Wanneer deze wordt uitgesproken kan de rechter beslissen dat de afdeling jeugdbescherming van Bureau Jeugdzorg de voogdij over het kind krijgt. De voogdij kan ook naar personen uit de omgeving van het kind gaan, bijvoorbeeld een oom of grootouders. Wanneer de voogdij naar de jeugdbescherming gaat, wordt er een voogd aangesteld die het volledig gezag over het kind uitvoert. De ouders kunnen nog wel een belangrijke plek innemen in het leven van het kind, maar dragen geen opvoedingsverantwoordelijkheden meer en hebben geen bevoegdheden om beslissingen te nemen over het kind. Vanzelfsprekend woont het kind dan ook niet meer bij de ouders. De voogdij wordt door de rechtbank voor onbepaalde tijd uitgesproken, maar eindigt altijd als het kind 18 jaar wordt.

II.2.3 Jeugdreclassering

Ook de jeugdreclassering is een onderdeel van Bureau Jeugdzorg. Tussen de gezinsvoogdij/voogdij en de jeugdreclassering zijn formele verbanden, omdat beide onderdelen van BJZ vanuit een justitieel kader werken. Net als de (gezins)voogdij kan de jeugdreclassering een beroep doen op andere afdelingen binnen BJZ. Daarnaast heeft de jeugdreclassering een intensieve samenwerkingsrelatie met de Raad voor de Kinderbescherming. De Raad meldt alle jongeren die bij hen in onderzoek zijn, bij de jeugdreclassering aan.

Het doel van de jeugdreclassering is om vanuit een pedagogische invalshoek de resocialisatie van de jeugdige die met het strafrecht in aanraking is gekomen, te bevorderen. De jeugdreclassering begeleidt jeugdigen tussen de 12 en 18 jaar en werkt in opdracht van de kinderrechter, de officier van justitie of de Raad voor de Kinderbescherming. Er worden twee modules aangeboden met daarbinnen diverse hulpverleningsvarianten, namelijk Hulp & Steun en Toezicht & Begeleiding (Adviesbureau Van Montfoort, 2005).

Zie voor meer informatie www.jeugdreclassering.nl.

II.2.4 Kindertelefoon

De kindertelefoon is een onderdeel van Bureau Jeugdzorg dat op kinderen is gericht. Kinderen kunnen naar de kindertelefoon bellen om over hun problemen te vertellen. De kindertelefoon biedt een luisterend oor en kan tips geven. De kindertelefoon werkt met vrijwilligers vanuit meerdere locaties. De gesprekken vinden plaats via de telefoon, de chat of Live Messenger. Zie voor meer informatie www.kindertelefoon.nl.

II.3 Raad voor de Kinderbescherming

De missie van de Raad voor de Kinderbescherming ligt in het opkomen voor de rechten van het kind. De Raad richt zich op kinderen die in hun ontwikkeling en opvoeding worden bedreigd en schept voorwaarden om die bedreiging op te heffen of te voorkomen. Daarvoor doet de Raad onderzoek, adviseert in juridische procedures en kan maatregelen of sancties voorstellen. Dit gebeurt vaak in samenwerking met BJZ. De Raad voor de Kinderbescherming is over het gehele land verspreid.

Er zijn verschillende door de wet vastgelegde taken:

- onderzoeken of een kinderschermingsmaatregel nodig is en indien dit het geval is, ook het verzoek tot de maatregel bij de rechter indienen (beschermingszaken);
- adviseren van de rechter over gezag en omgang bij (echt)scheidingszaken;
- taken op het terrein van jeugdstrafrecht (strafzaken);
- overige civiele zaken op het gebied van adoptie, afstand doen van een kind en afstammingsvragen.

De Raad kan een onderzoek doen naar de opvoedingssituatie van minderjarige kinderen en doet dit in principe na een melding van BJZ of van het AMK. Daarmee is de Raad een tweedelijnsvoorziening. Bij uitzondering kan de Raad zelf een onderzoek naar de opvoedingssituatie van een kind starten. Dit kan wanneer de Raad al bezig is met een ander onderzoek (bijvoorbeeld een strafonderzoek). Wanneer de Raad zich zorgen maakt om de opvoedingssituatie van het betrokken kind, kan deze, zonder tussenkomst van het AMK, ook een beschermingsonderzoek instellen. Het AMK wordt dan wel op de hoogte gebracht. In het onderzoek gaat men na of de ontwikkeling van een kind in het gedrang komt en of er een beschermingsmaatregel nodig is. Na het onderzoek geeft de raadsonderzoeker een advies aan de rechter. De Raad toetst ook de besluiten van Bureau Jeugdzorg tot het niet-verlengen van een OTS of uithuisplaatsing en kan, indien de Raad hier aanleiding toe vindt, een verzoek indienen tot verlenging van de OTS of machtiging uithuisplaatsing.

Een beschermingsonderzoek wordt uitgevoerd door een raadsonderzoeker. Deze wordt ondersteund door een gedragdeskundige en een teamleider. Op verzoek van de raadsonderzoeker of de teamleider kan ook een juridisch deskundige worden ingeschakeld. De gedragsdeskundigen zijn universitair opgeleide (ortho)pedagogen of psychologen, die een adviserende of

consulterende rol hebben, maar ook aanvullend diagnostisch onderzoek doen. De raadsonderzoeker is veelal opgeleid tot maatschappelijk werker of sociaal-pedagogisch hulpverlener, maar tegenwoordig zien we ook steeds meer pedagogen in deze functie.

De melding van Bureau Jeugdzorg over het gezin van Ria is bij de Raad binnengekomen. De raadsonderzoeker heeft daarna gesprekken gehad met Ria en is op huisbezoek geweest. Ze heeft ook gesproken met vader Henk en Selena, de school en het KDV, en heeft voldoende informatie om het advies op te stellen voor een OTS voor de drie kinderen. De rechter neemt het advies over en er wordt een gezinsvoogd aangesteld.

Intussen is er voor Jerry een plaats vrijgekomen in een behandelgroep in een kinderpsychiatrisch centrum, waar intern ook een cluster-4-school is. Jerry heeft twee dagen mogen wennen en wordt daarna een week opgenomen. De gezinsvoogd bespreekt dit met vader, die het in eerste instantie niet eens was met het indicatiebesluit.

De gezinsvoogd maakt zich ernstige zorgen over Danny en Priscilla en bespreekt met moeder het idee van extra ondersteuning voor de twee kinderen. Daarbij denkt ze aan een indicatie voor een Boddaertcentrum voor Danny en een indicatie voor een Medisch Kleuterdagverblijf voor Priscilla. In beide semiresidentiële voorzieningen kan er goed naar het gedrag en ontwikkeling van de kinderen worden gekeken en wordt moeder ondersteund door een ouderbegeleider.

Naast het uitvoeren van beschermingsonderzoeken kan de Raad voor de Kinderbescherming ook advies geven in scheidings- en omgangszaken. Wanneer ouders gaan scheiden of uit elkaar gaan ligt bij de wet vast dat ze zelf verantwoordelijk zijn om een goede omgangsregeling voor de kinderen op te zetten. In de wet ligt ook vast dat de ouders na de scheiding in principe beiden het ouderlijk gezag behouden en dat het kind in beginsel recht heeft tot omgang met beide ouders. Als de ouders er niet in slagen om deze afspraken te maken, zal de rechter bepalen wat er met de kinderen gebeurt. Deze kan daarbij advies vragen aan de Raad. De raadsonderzoeker gaat dan gesprekken aan met beide ouders en het kind of de kinderen, en schrijft (net als bij de beschermingszaken) een adviesrapport.

Daarnaast heeft de Raad een aantal taken in het kader van jeugdstrafrecht: een voorlichtings- en adviestaak, een selectiefunctie waarbij de Raad onderzoekt of het criminele gedrag van het kind een signaal is van achterliggende problematiek, coördinatie van de uitvoering van taakstraffen en

als laatste voert de Raad de regiefunctie in individuele zaken uit. De doelgroep bestaat uit minderjarigen in de leeftijd van 12 tot 18 jaar die strafbare feiten hebben gepleegd. Wanneer het een jonger kind betreft, kan de Raad langs civielrechtelijke weg bemoeienis krijgen. Soms bepaalt de rechter dat jongeren tussen de 18 en 20 jaar ook jeugdstrafrecht krijgen opgelegd.

Als laatste kan de Raad voor de Kinderbescherming onderzoek doen naar adoptie, afstand en afstammingsvragen. Zo voert de Raad onderzoek uit naar de gezinssituatie bij mensen die een kind willen adopteren. Daarbij brengt de Raad de beschermings- en risicofactoren in kaart. Dit is van belang, omdat de kinderen die geadopteerd worden vaak erg kwetsbaar zijn. Om zich goed te kunnen ontwikkelen hebben zij een veilige en stabiele leefomgeving nodig. De Raad onderzoekt of dit het geval is.

Hoewel het voor veel mensen moeilijk voor te stellen is, doen in Nederland jaarlijks enkele tientallen ouders afstand van hun kind. Ze geven zelf aan ontheven te willen worden uit het ouderlijk gezag. Een minderjarige moeder mag formeel het ouderlijk gezag niet dragen; er draagt immers iemand anders nog gezag over de moeder zelf. De Raad adviseert de kinderrechter wie in dat geval het gezag over het kind krijgt.

Kinderen die geadopteerd zijn of van wie afstand is gedaan, willen soms weten wie hun biologische ouders zijn. In Nederland heeft een kind recht op deze informatie. De kinderen kunnen de Raad vragen naar documenten over hun afstamming.

II.4 De jeugd-GGZ

De jeugd-GGZ biedt een zorgaanbod aan kinderen en jeugdigen met ontwikkelingsbedreigende psychiatrische of psychosociale klachten. De problematiek is zo ernstig en/of langdurig, dat het leven van het kind en het gezin hier onder lijdt en in een neerwaartse spiraal dreigt te raken. De kerndoelstelling van de jeugd-GGZ is het bieden van specialistische diagnostiek en het behandelen en begeleiden van kinderen en jeugdigen met psychische stoornissen, waarbij het gezinssysteem wordt betrokken. Het aanbod bestaat uit preventie, consultatie en ambulante en residentiële diagnostiek en behandeling.

De jeugd-GGZ heeft een aantal preventieve trainingen die zich richten op kinderen en jeugdigen die kwetsbaar zijn voor psychische stoornissen, op risicofactoren zoals kindermishandeling, geweld in het gezin, pesten en spijbelen, en op kinderen van ouders met een psychiatrische problematiek (KOPP, zie boek § 13.3.2 *Kinderen van ouders met psychiatrische problemen*). Het zijn

trainingen die preventief ingaan op het signaleren of voorkomen of leren omgaan met psychiatrische problematiek (zie boek hoofdstuk 9 t/m 13). Omdat de problematiek van de kinderen en jeugdigen in het algemeen een gevolg is van een combinatie van factoren, richt de jeugd-GGZ zich steeds meer op een aanbod op het grensgebied van psychiatrie, (ortho)pedagogiek, speciaal onderwijs en justitie (Van Montfoort, 2007). Als gevolg daarvan komen er meer multifunctionele centra waar kinderen en jeugdigen met een combinatie van problemen behandeld kunnen worden. Hierbij kan gedacht worden aan centra voor jeugdigen die een strafbaar feit hebben gepleegd en een psychiatrische stoornis hebben of centra voor jeugdigen met een psychiatrische stoornis en een verstandelijke beperking. Ook het zorgaanbod voor jeugdigen met verslavingproblematiek groeit. Hoewel de sectoren vaak gescheiden worden geïndiceerd, is er steeds meer sprake van intersectorale samenwerking. De jeugd-GGZ werkt ook steeds vaker samen met het onderwijs, zoals in het ZAT. Wanneer passend onderwijs wordt ingevoerd (zie bijlage IV) en het zorgstelsel wordt herzien, zal verdere samenwerking tussen de verschillende sectoren onontkoombaar zijn. Voor meer informatie www.ggzkinderenjeugd.nl.

II.5 Zorgvarianten in de tweedelijnszorg

Met een indicatie van Bureau Jeugdzorg kan de cliënt onder andere een beroep doen op het hulpaanbod van de geïndiceerde jeugdzorg en de Jeugd-GGZ. Deze organisaties bieden ambulante, semiresidentiële en residentiële zorg en pleegzorg aan. Dit is schematisch weergegeven in figuur II.1.

Ambulante hulp	Veelvoorkomende zorg
Semiresidentiële hulp	<ul style="list-style-type: none"> • Medisch kleuterdagverblijf • Boddaertcentrum • Daghulp voor niet-schoolgaande jeugd • Dagpleegzorg • Dag-/deeltijdbehandeling kinder- en jeugdpsychiatrie • Pedologisch instituut
Residentiële hulp	<ul style="list-style-type: none"> • Kort verblijf • Lang verblijf • Jeugdzorg Plus
Pleegzorg	

Figuur II.1 Zorgvarianten en zorgvormen in de jeugdzorg

II.5.1 Ambulante jeugdzorg

Ambulante jeugdzorg bestaat uit begeleiding van ouders, van kinderen van 0-18 jaar en/of van hun gezin in de eigen leefomgeving of door middel van gesprekken op de instelling voor jeugdzorg. Deze vorm van hulp is de laatste jaren sterk in opkomst. De Wet op de Jeugdzorg schrijft namelijk voor dat hulp zo kort mogelijk, zo licht mogelijk en zo dicht mogelijk bij huis moet worden gegeven.

Ambulante jeugdzorg kenmerkt zich door een kortdurend aanbod en kent verschillende vormen van uitvoering: verschillende vormen, verschillende maten van intensiteit en verschillende specialisaties worden aangeboden, variërend van oudercursus tot intensieve crisishulp zoals 'Families First'. De contacten zijn met name gericht op het verbeteren van de problematische opvoedingssituatie. Ambulante hulp kan afzonderlijk, enkelvoudig worden gegeven, maar ook als extra module naast daghulp of een volledig verblijf van een kind in een instelling.

De ambulante hulp kan zich richten op het kind of de jeugdige, waarbij het voornamelijk gaat om het opheffen van het probleemgedrag door alternatief gedrag aan te leren. Daarnaast zijn er hulpvormen die zich meer richten op de opvoedingsvaardigheden van ouders en de interacties in het gezin, bijvoorbeeld oudercursussen of video home training. Ook kan de hulp breder gericht zijn op versterking van het sociale netwerk. Bij deze vormen van hulp worden interacties in bredere zin in kaart gebracht en wordt stilgestaan bij de beleving van de jongere, de ouders en familie en/of sociale contacten. De al eerder besproken Multi Systeem Therapie is een vorm van ambulante hulp die ingezet wordt bij jeugdigen met ernstige gedragproblemen, waar het bredere netwerk in wordt betrokken.

II.5.2 Semiresidentiële hulp: dagbehandeling/dagdeelhulp

Dagbehandeling is een zorgvorm waarin een kind of jeugdige overdag wordt geplaatst voor behandeling of begeleiding. Het aantal dagen kan variëren van één tot vijf. Het kan ook een deel van een dag betreffen, dan wordt er gesproken over dagdeelhulp.

De dagbehandeling richt zich op kinderen en jeugdigen die op meerdere terreinen opvoedings- en ontwikkelingsproblemen hebben. Het gezinssysteem wordt bij de behandeling betrokken. Tijdens de opname wordt er in het algemeen gebruikgemaakt van observatie en diagnostiek, om een duidelijk beeld te krijgen van problemen en eventuele stoornissen bij het kind en de competenties waarover het kind en zijn ouders beschikken. De behandeling wordt daar vervolgens verder op

ingezet. Dagbehandeling bestaat voornamelijk uit groepsbehandeling (eerstegraadsstrategie), eventueel ondersteund door individuele therapie of groepstherapie of -training (tweedegraadsstrategie). Voor ouders is er in het algemeen een aanbod van ambulante hulpverlening en de mogelijkheid van trainingen of cursussen.

Meestal is er sprake van een combinatie van problemen op meerdere terreinen: in de opvoedingsrelatie, de gezinsrelatie, het netwerk van het gezin of bij het kind zelf. Door de combinatie van problemen is de draagkracht-draaglastverhouding van het gezin zodanig verstoord, dat hulp in deze vorm nodig is. We bespreken hierna kort de meest geïndiceerde vormen van semiresidentiële hulp.

Semiresidentiële hulp
Medisch kleuterdagverblijf
Boddaertcentrum
Daghulp voor niet-schoolgaande jeugd
Dagpleegzorg
Dag-/deeltijdbehandeling kinder- en jeugdpsychiatrie
Pedologisch instituut

Figuur II.2 Semiresidentiële hulp

Medisch kleuterdagverblijf (MKD)

Het medisch kleuterdagverblijf (MKD) richt zich op kinderen in de leeftijd van ongeveer 0 tot 7 jaar. De kinderen verblijven enkele dagen of dagdelen in een behandelgroep van het MKD. Elk kind en zijn ouders hebben een individueel hulpverleningsplan. In dit plan staan de doelen, afspraken en middelen die worden ingezet om zijn problematiek te verminderen of op te heffen. Daarbij gaat de aandacht uit naar de lichamelijke, sociaal-emotionele en cognitieve ontwikkeling van het kind én naar de omstandigheden binnen het gezin. Ouders worden waar mogelijk betrokken bij de behandeling. Zij vervullen in de samenwerking met het MKD een belangrijke rol bij het verminderen van de problematische opvoedingssituatie. Het kind kan na het vierde levensjaar ook onderwijs volgen binnen het MKD. In het algemeen wordt dit onderwijs verzorgd door samen te werken met een cluster-4-school (zie ook boek § 15.4 *Onderwijs en speciale*

leerlingenzorg en bijlage IV.1 Het onderwijsstelsel). Sommige kinderen krijgen aanvullende behandeling, zoals kinderspsychotherapie, fysiotherapie, logopedie of psychomotorische therapie.

Boddaertcentrum

Het Boddaertcentrum biedt naschoolse dagbehandeling voor kinderen in de leeftijd van 5 tot en met 12 jaar en voor jeugdigen van 12 tot en met 15/18 jaar. Danny uit de casus in deze bijlage krijgt een verwijzing naar het Boddaertcentrum. Hij kan er zelf leren om anders met zijn boosheid om te gaan. Zijn ouders worden ontlast en ze leren samen beter omgaan met de problematiek van Danny en de invloed die ze daarop hebben. Er wordt dus ook hier intensief met de ouders samengewerkt.

Omdat het naschoolse opvang betreft worden deze centra ook wel dagcentra voor schoolgaande jeugd genoemd. De kinderen verblijven enkele dagen per week op het Boddaertcentrum, van ongeveer 15.30 tot 18.30 uur. Ze eten 's avonds in de groep. Ook het Boddaertcentrum werkt met groepen. Elke groep heeft doorgaans een eigen accent, waardoor het behandelklimaat zo goed mogelijk op de vraagstelling van het kind kan aansluiten.

Voor meer informatie: www.boddaertcentra.nl.

Daghulp voor niet-schoolgaande jeugd

De daghulp voor niet-schoolgaande jeugd is bestemd voor jongeren vanaf 12 tot ongeveer 23 jaar. Kinderen en jeugdigen die niet naar school gaan, leren hier gedrag en vaardigheden die het ontwikkelingsperspectief stimuleren, zodat de kans op werk of terugkeer naar school wordt vergroot. De hulp bestaat uit psychosociale hulpverlening en begeleiding. Daarnaast kan er schooltraining worden gegeven of training in vakinhoudelijke of arbeidsgerichte vaardigheden. In het onderwijs worden deze zorgvormen ook wel time-out-voorzieningen genoemd (zie bijlage IV.5).

Dagpleegzorg

De dagpleegzorg is bestemd voor kinderen die om uiteenlopende redenen niet de gehele week thuis kunnen blijven. Deze kinderen hebben extra hulp nodig in de vorm van een aanvullend opvoedingsmilieu. Ze zijn vaak gebaat bij de structuur, warmte, duidelijkheid en genegenheid die een ander gezin kan bieden. De meeste van deze kinderen gaan drie of vier dagdelen per week naar een dagpleeggezin. Meestal komen ze daar na schooltijd en blijven ze tot na het avondeten.

De ouders en dagpleegouders werken met elkaar samen. Dit wordt begeleid door een pleegzorgmedewerker. De ouders en pleegouders hebben regelmatig contact tijdens het halen en brengen. Ze wisselen wederzijdse ervaringen uit, waardoor ze van elkaar leren en het kind beter leren kennen. De dagpleegzorg is voornamelijk bedoeld om uithuisplaatsing te voorkomen en stopt zodra de thuissituatie weer stabiel is.

Dag-/deeltijdbehandeling kinder- en jeugdpsychiatrie

De dag- en deeltijdbehandeling van de kinder- en jeugdpsychiatrie verzorgt dagbehandeling voor kinderen/jeugdigen met psychiatrische problematiek. De kinderen gaan overdag naar de dagbehandeling en worden, afhankelijk van de aanbieder, na schooltijd of na het avondeten weer naar huis gebracht. Ze volgen daarbij onderwijs op een cluster-4-school. Alle vormen van behandeling richten zich op het verminderen of opheffen van belemmerende factoren die bijdragen aan de psychiatrische problemen en op het stimuleren van een gezonde ontwikkeling. De begeleiding richt zich op het bieden van structuur en veiligheid, waardoor de kinderen kunnen werken aan het vergroten van hun competenties en waardoor de problematiek wordt verminderd of zelfs verdwijnt. Om dit te kunnen bewerkstelligen kan er ook gebruik worden gemaakt van aanvullende therapieën, zoals creatieve therapie, cognitieve gedragstherapie, muziektherapie of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR-)therapie. EMDR is een therapie die kan worden ingezet bij een posttraumatische stressstoornis. De methode is als 'theoretisch goed onderbouwd' beoordeeld door de Erkenningscommissie Interventies Deelcommissie Jeugdzorg en psychologische/pedagogische preventie, 18/06/2009. Om het systeem zoveel mogelijk bij de behandeling te betrekken en ook hier de risicofactoren te verminderen wordt er aanvullend gezintherapie gegeven en/of oudertrainingen. De behandelperiode is per kind verschillend. Men streeft naar een behandelperiode van een jaar.

Pedologisch instituut

Pedologische instituten (PI) nemen in de provinciale jeugdzorg een aparte plek in omdat zij zowel ambulante hulp, (semi)residentiële hulp als onderwijs aanbieden en daarbij wetenschappelijk onderzoek doen naar kinderen in de leeftijd van 0 tot 18 jaar met ernstige leerproblemen, gedragsproblemen of emotionele problemen. Het hulpaanbod kan per PI verschillen, ieder PI heeft zijn eigen specialisatie. Sommige richten zich louter op normaal begaafde kinderen, andere op kinderen met een verstandelijke beperking en weer andere op onderwijs. De meeste PI's

werken samen met een universiteit in onderzoek naar de verbetering van de hulpverlening en de inzet van speciale methoden.

II.5.3 Residentiële hulp: open en gesloten

Residentiële zorg houdt in dat de kinderen of jeugdigen voor dag en nacht worden opgenomen in een voorziening van de zorgaanbieder. De residentiële hulp is een zeer intensieve en dure vorm van zorg, maar heeft ook een grote impact op het leven van een kind en op het gezin. Het betekent dat het 24 uur per dag (soms 7 dagen in de week) in de instelling woont, waarbij groepsleiders zowel de opvoeding als een gedeelte van de behandeling verzorgen.

Ambulante hulpvormen en pleegzorg zouden ertoe moeten bijdragen dat er minder residentiële plaatsingen nodig zijn. De vraag naar residentiële plaatsingen is in de laatste tien jaar echter niet afgenomen. Er is door de inzet van ambulante hulp en pleegzorg wel een verschuiving van langdurige naar kortdurende opnames. Waar vroeger kinderen soms jarenlang werden opgenomen, wordt nu naar intensieve kortdurende behandeling toegewerkt, waarbij een kind (met ambulante ondersteuning) terug naar huis kan of waar het zonodig snel kan worden doorgeplaatst naar een voorziening met zwaardere vormen van behandeling.

Jerry, de oudste jongen in de casus van deze bijlage, wordt opgenomen in een kinderpsychiatrische instelling. Het gaat er daarbij niet om hem een vervangend ‘thuis’ te bieden, maar om hem te ondersteunen, te begeleiden en te behandelen.

Naast de kinder- en jeugdpsychiatrie bieden ook jeugdzorginstellingen en de gesloten jeugdzorg residentiële behandeling. Daarbij kan een kind worden geplaatst in verschillende varianten, zoals specifieke behandelgroepen bijvoorbeeld behandelgroepen voor kinderen met autismespectrumstoornissen, behandelgroepen voor meisjes met een eetstoornis, crisisopvang, observatiegroepen, enzovoort.

Op het gebied van residentiële hulp bespreken we een drietal zorgvormen (zie figuur II.3).

Residentiële hulp
Kort verblijf
Lang verblijf
Jeugdzorg Plus

Figuur II.3 Residentiële hulp

Kort verblijf

In de jeugdzorg zijn woonvormen voor zowel kort (maximaal drie maanden) als langer verblijf. In woonvormen voor kort verblijf verblijven kinderen en jongeren in een crisissituatie. Deze vorm kan worden aangeboden vanuit een instelling voor jeugdzorg, maar kinderen kunnen ook in een crisispleeggezin worden opgevangen. Er zijn verschillende specialisatievormen, waaronder crisisopvang voor zwangere tieners.

Ook observatiegroepen hebben een korte verblijftijd. Na de observatie en het advies gaan de kinderen/jeugdigen terug naar huis of naar een voorziening voor langer verblijf.

Lang verblijf

De instellingen voor langer verblijf zijn divers. De meeste instellingen richten zich op specifieke doelgroepen, waarbij er over het algemeen onderscheid wordt gemaakt tussen schoolgaande kinderen (4 tot 12 jaar) en schoolgaande jongeren (12 tot 18/23 jaar). De meeste instellingen hebben meerdere woongroepen, waarbij het behandelaccent of de eerstegraadsstrategie per groep verschilt om de behandeling van de kinderen/jeugdigen zo passend mogelijk te maken. Naast verzorging, begeleiding en behandeling van de kinderen wordt in de meeste gevallen ook intensief met het systeem rondom het kind gewerkt. Daarnaast krijgen de meeste kinderen onderwijs op een cluster-4-school.

Voor kinderen die ten gevolge van hun problematiek niet meer thuis of in een pleeggezin kunnen wonen, zijn er speciale long-stay-voorzieningen. Deze naam zorgt voor veel discussie in het werkveld omdat de term de associatie oproept dat er voor deze groep kinderen geen perspectief meer is (Van Montfoort & Tilanus, 2007). Een long-stay-groep biedt een langdurige plaats aan kinderen en jeugdigen. Het zijn vaak kinderen/jeugdigen die al meerdere vormen van hulp hebben doorlopen en soms van voorziening naar voorziening zijn geplaatst, waardoor ze steeds aan een nieuwe context moesten wennen. Een long-stay-plaats kan de continuïteit en zekerheid bieden waardoor kinderen zich kunnen ontwikkelen.

Gezinshuis

Een bijzondere tussenvorm tussen pleegzorg en residentiële zorg is het gezinshuis. Dit is een woonvorm waarin ouders met hun eigen kinderen wonen en waarin kinderen kunnen worden geplaatst met een indicatie van Bureau Jeugdzorg. De gezinshuisouders worden op dezelfde manier ondersteund door professionals als de andere zorgvormen binnen de instelling.

Begeleid kamerbewonen

Jongeren die niet langer thuis kunnen wonen, kunnen met behulp van begeleid kamerbewonen of kamertraining leren om voor zichzelf te zorgen.

Jeugdzorg Plus

De Jeugdzorg Plus (gesloten jeugdzorg) bestaat uit een aanbod voor kinderen en jeugdigen met een civielrechtelijke uithuisplaatsing en dermate ernstige problematiek dat zij niet terecht kunnen bij het ‘open’ provinciale zorgaanbod. Het zijn vaak kinderen en jongeren die ernstige gedragsproblemen hebben, vaak gecombineerd met een psychiatrische stoornis en/of een verstandelijke beperking. Deze kinderen/jeugdigen hebben in bijna alle gevallen te maken (gehad) met grote gezinsproblemen en zijn opgegroeid in een complexe opvoedingssituatie.

Ze hebben op meerdere gebieden problemen. Niet alleen zijn ze vastgelopen in hun persoonlijke ontwikkeling, vaak hebben ze ook problemen op school en op het gebied van vrije tijd. In het laatste geval zien we vaak dat er sprake is van ‘foute’ vrienden of contacten met ‘loverboys’.

Vanwege de ernst van de problemen vormen zij een gevaar voor zichzelf en/of voor de samenleving. Jeugdzorg Plus is voor die kinderen/jeugdigen van wie men verwacht dat zij zich zonder intensieve behandeling niet voldoende verder kunnen ontwikkelen om te kunnen functioneren in de maatschappij. Alle Jeugdzorg Plus-aanbieders bieden daarom een intensieve behandelvariant aan die gespecialiseerd is op één of meerdere doelgroepen. Zo zijn er specifieke behandelgroepen voor de 12-min doelgroep, behandelplaatsen voor meisjes met loverboyproblematiek, behandelgroepen voor jongeren met antisociaal gedrag, behandelgroepen voor jeugdigen met een lichte verstandelijke beperking, enzovoort. Het doel is om deze kinderen/jeugdigen in zoverre behandeling en begeleiding aan te bieden dat zij zo zelfstandig mogelijk in de maatschappij kunnen functioneren. Daardoor wordt de gesloten behandeling niet gezien als ‘eindstation’, maar eerder als vertrekpunt (Aanbieders gesloten Jeugdzorg, 2008).

De kinderen/jeugdigen die in een Jeugdzorg Plus-instelling worden behandeld, zijn (door middel van de machtiging gesloten Jeugdzorg) verplicht deze behandeling te ondergaan. Daarnaast kunnen de instellingen, wanneer zij dit nodig achten, nog extra wettelijke maatregelen toepassen. Hierbij kan men denken aan het fixeren van kinderen en het plaatsen in afzondering (separeren). Het behandelingstraject verschilt per zorgaanbieder en is altijd toegespitst op de problematiek van het kind/de jeugdige. Over het algemeen wordt gewerkt op basis van een individueel behandelingstraject en een groepsgericht behandelingstraject. In de individuele behandeling staan

de persoonlijke doelen voorop. Om deze doelen te bereiken maakt de Jeugdzorg Plus gebruik van groepsgerichte methodieken en individuele therapieën. Deze laatste kunnen bijvoorbeeld bestaan uit agressieregulatietherapie, creatieve therapie, EMDR of psychomotorische therapie.

De groepsgerichte methodieken zijn vaak ontwikkeld aan de hand van het sociaal competentie-model (zie boek § 10.5.2 *Lichte verstandelijke beperking*). Daarnaast richten deze zich op het verminderen/omzetten van negatieve cognities die het gedrag in stand houden of veroorzaken. Het werken in een groep moet bijdragen aan de morele ontwikkeling van deze kinderen en jeugdigen: ze krijgen inzicht in hun eigen emoties en leren omgaan met die van anderen. De behandeling moet ertoe bijdragen dat de jongeren verantwoordelijkheid leren dragen voor hun eigen gedrag en leren kiezen voor positieve alternatieven. Equip is een voorbeeld van een dergelijke groepsgerichte behandelingsmethodiek (Elling, 2009). De behandeling is niet alleen gericht op het kind, maar gaat ervan uit dat het kind/de jeugdige problemen heeft op meerdere gebieden. Daarom biedt het ook behandeling op systeemtherapeutische basis, zoals intensieve gezinsbegeleiding en oudertrainingen.

De kinderen en jeugdigen volgen binnen de Jeugdzorg Plus ook onderwijs; de invulling van het onderwijs is afhankelijk van de doelgroep. Bij een 12-min groep zal men cluster-4-onderwijs aanbieden, jeugdigen boven 12 jaar krijgen meestal een vorm van praktijkonderwijs aangeboden. Ze leren daarbij een vak waardoor ze een betere kans maken op de arbeidsmarkt en zich sneller een plaats verwerven in de maatschappij. De meeste behandelingen duren minimaal een jaar. Na de behandeling binnen de Jeugdzorg Plus kunnen de kinderen/jeugdigen, afhankelijk van de problematiek, worden geplaatst in de open jeugdzorg, een LVG- of GGZ-instelling, kamertraining of kunnen ze, met behulp van ambulante begeleiding, thuis wonen.

Voor meer informatie: www.jeugdzorgplus.nl.

II.5.4 Pleegzorg

De plaatsing van kinderen en jeugdigen in een residentiële voorziening is een ingrijpende vorm van hulp. Het opvoeden van kinderen in een leefgroep kan noodzakelijk zijn, maar is niet de meest natuurlijke vorm. Of een kind het beste in een leefgroep of binnen een gezin geplaatst kan worden is een discussie waard. Sommige kinderen hebben een dermate ernstige problematiek dat een leefgroep juist de leefomgeving is waar ze zich optimaal in kunnen ontwikkelen. Zo kan een kind met een ernstige hechtingsstoornis meer gebaat zijn bij behandeling in een leefgroep dan bij het wonen in een pleeggezin. Juist het niet hoeven aangaan van dieper contact kan ertoe

bijdragen dat de focus van de behandeling kan liggen op het aanleren van vaardigheden om zich met deze stoornis staande te houden in de maatschappij.

Voor veel kinderen is een plaatsing in een pleeggezin echter wel een goede optie. De pleegzorg kan uit kortdurende of langdurige vormen bestaan. Begin 2011 telt Nederland 28 instellingen voor provinciaal gefinancierde jeugdzorg, justitiële jeugdzorg en jeugd-lvb-zorg, die pleegzorg aanbieden (Pleegzorg Nederland, 2011). Alle pleegzorgaanbieders werken volgens een landelijke visie, waarbij er twee pleegzorgvarianten worden aangeboden: de hulpverleningsvariant en de opvoedingsvariant. De hulpverleningsvariant heeft als doel om de oorspronkelijke opvoedingssituatie zo snel mogelijk te herstellen. Daarom wordt voor maximaal een halfjaar intensieve hulp aan de ouders van het pleegkind geboden. Wanneer na dit halfjaar blijkt dat het kind niet langer bij de ouders kan wonen, wordt gewerkt aan een doorplaatsing binnen de opvoedingsvariant of binnen de residentiële jeugdzorg. In de opvoedingsvariant worden kinderen voor een langdurige tijd door pleegouders opgevoed. Het plaatsen van een kind binnen de opvoedingsvariant biedt de nodige opvoedingszekerheid en continuïteit waardoor deze kinderen zich kunnen ontwikkelen. Waar mogelijk blijven de biologische ouders een rol spelen in de opvoeding van hun kind. Naast de twee 24-uursvarianten is zijn er ook deeltijdvarianten, die vaak preventief wordt ingezet, bijvoorbeeld de dagpleegzorg, weekendpleegzorg en vakantiepleegzorg. Deze vormen van pleegzorg worden ingezet om ouders te ontlasten en kinderen een aanvulling te geven op de opvoeding.

Voor meer informatie: www.pleegzorg.nl.

Literatuur

- Aanbieders gesloten Jeugdzorg. In samenwerking met ministerie van Jeugd en Gezin (2008). *Streefbeeld Jeugdzorg Plus. Méér dan gesloten Jeugdzorg*. Zutphen: Coördinatiecentrum Jeugdzorg Plus.
- Adviesbureau van Montfoort (2005). *De jongere aanspreken. Handboek methode jeugdreclassering*. Utrecht: MO groep Jeugdzorg.
- Baeten, P. (2009). *Protocol van handelen Advies- en Meldpunten Kindermishandeling bij vermoedens van kindermishandeling in relatie van afhankelijkheid en onvrijheid*. Utrecht: MO groep Jeugdzorg.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2010). *Voogdij, voorlopige voogdij en ondertoezichtstelling*. [geraadpleegd op 9 december 2010], <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=70809ned&D1=a&D2=a&HD=101211-1434&HDR=G1&STB=T>.
- Elling, M.W. (2009). *Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'EQUIP'*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload op 20/01/2011 van <http://www.nji.nl/eCache/DEF/37/990.cmVjb3JkbnI9NTA3JmFkbGlidGl0ZWw9RVFVSVAmc2V0ZW1iZWQ9.html>.
- MO groep (Maatschappelijke Ondernemersgroep Jeugdzorg) (2008). *De kerntaak van Bureau Jeugdzorg en de samenwerking met lokale partners*. Utrecht: MO groep Jeugdzorg.
- MO groep (Maatschappelijke Ondernemersgroep Jeugdzorg) (2009). *Advies en Meldpunten Kindermishandeling. Overzicht 2009*. Utrecht: MO groep Jeugdzorg.
- Montfoort, A.J. van (2007). Specifiek jeugdbeleid en jeugdzorg. In: P.A.H. van Lieshout, M.S.S. van der Meij, & J.C.I. de Pree (red.), *Bouwstenen voor betrokken jeugdbeleid*, (pp. 273-312). Den Haag/Amsterdam: WRR/Amsterdam University Press.
- Montfoort, A.J. van & Tilanus, C.P.G (2007). *Jeugdzorg en Jeugdbeleid*. Amsterdam: SWP.
- PI Research & Van Montfoort (2009). *Handboek Deltamethode Gezinsvoogdij: de nieuwe methode voor de uitvoering van de ondertoezichtstelling*. Duivendrecht/Woerden: PI Research/Van Montfoort.
- Pleegzorg Nederland (2011). *Instellingen voor pleegzorg*, [18/01/2011], http://www.pleegzorg.nl/homepage/instellingen_homepage.php.

Register

Het Romeinse cijfer geeft aan in welke bijlage de term te vinden is. Vervolgens staat het paragraafnummer aangegeven.

Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK)	II:2.1
ambulante jeugdzorg	II:5.1
AMK	II:2.1
begeleid kamerbewonen	II:5.3
beschermingsonderzoek	II:3
BJZ	II:2
Boddaertcentrum	II:5.2
Bureau Jeugdzorg (BJZ)	II:2
crisisopvang voor zwangere tieners	II:5.3
dag- en deeltijdbehandeling van de kinder- en jeugdpsychiatrie	II:5.2
dagbehandeling	II:5.2
dagdeelhulp	II:5.2
daghulp voor niet-schoolgaande jeugd	II:5.2
dagpleegzorg	II:5.2
EMDR	II:5.2
gedragsdeskundige	II:3
gezinshuis	II:5.3
gezinsvoogd	II:2.2
hulpverleningsvariant pleegzorg	II:5.4
indicatiebesluit	II:2

jeugdbescherming	II:2.2
jeugd-GGZ	II:4
jeugdpsychiatrie, dag- en deeltijdbehandeling	II:5.2
jeugdreclassering	II:2.3
jeugdzorg, ambulante	II:5.1
jeugdzorg, provinciale	II:0
Jeugdzorg Plus	II:5.3
kamerbewonen, begeleid	II:5.3
kindermishandeling	II:2.1
kinderpsychiatrie, dag- en deeltijdbehandeling	II:5.2
kindertelefoon	II:2.4
kort verblijf	II:5.3
lang verblijf	II:5.3
long-stay-voorzieningen	II:5.3
medisch kleuterdagverblijf (MKD)	II:5.2
MKD	II:5.2
Multi Systeem Therapie	II:5.1
niet-schoolgaande jeugd, daghulp	II:5.2
observatiegroep	II:5.3
ondertoezichtstelling (OTS)	II:2.1
onthefing	II:2.2
ontzetting uit het ouderlijk gezag	II:2.2
opvoedingsvariant pleegzorg	II:5.4
OTS	II:2.1
pedologisch instituut (PI)	II:5.2
PI	II:5.2

Als opvoeden niet vanzelf gaat

Bijlage II *De provinciale jeugdzorg*

pleegzorg

II:5.4

provinciale jeugdzorg

II:0

Raad voor de Kinderbescherming

II:3

raadsonderzoeker

II:3

residentiële hulp

II:5.3

semiresidentiële hulp

II:5.2

time-out-voorzieningen

II:5.2

tweedelijnszorg, zorgvarianten

II:5

voogdij

II:2.2

zwangere tieners, crisisopvang

II:5.3