



Vrije
Universiteit
Brussel

FACULTEIT GENEESKUNDE EN FARMACIE

Met de steun van de



VLAAMSE
GEMEENS
CHAPSCO
MMISSIE

Jongeren met een complexe gedragsproblematiek in Nederlandstalige voorzieningen in Brussel en West- Vlaams-Brabant.

Verkenkend behoeften- en trajectonderzoek vanuit het perspectief van de
hulpverleners.

Alison Taylor, Mark Leys

Vakgroep: Medische Sociologie

Onderzoeksgroep: *Organisation, Policy and Social Inequalities in Health Care (OPIH)*

december 2012- mei 2013



Dit onderzoek is gefinancierd met middelen van de Vlaamse Gemeenschapscommissie Brussel, directie Welzijn en Gezondheid.

Dank aan de initiatiefnemers en meteen ook leden van de stuurgroep van het project: Patrick Janssens (Antonin Artaud), Ilse Wauters (MPI Levenslust), Bob Gebruers (MPI Levenslust), An Sprangers (Tonuso), Julienne Wyns (CGG Brussel), voor hun reflecties, logistieke ondersteuning toeleveren van documenten en hun bijdragen aan de interviews.

Dank aan de hulpverleners uit de voorzieningen CGG Brussel, Tonuso en MPI Levenslust, voor de selectie en de bespreking van de cliëntdossiers.

Contact:

Alison Taylor, Mark Leys

Vrije Universiteit Brussel

Faculteit Geneeskunde en Farmacie

Vakgroep Medische Sociologie – Onderzoeksgroep OPIH

Laarbeeklaan 103

1090 Jette

02/477.47.20

Abstract

Achtergrond: Binnen de jeugdhulpverlening in regio Brussel en West-Vlaams-Brabant wordt een tekort ervaren aan een aangepaste opvang voor jongeren met een complexe problematiek van psychologische of psychiatrische aard, vaak gecombineerd met een problematische opvoedingssituatie en/of een mentale achterstand. Deze groep jongeren valt dikwijls tussen de mazen van het net van drie sectoren (Geestelijke Gezondheidszorg, Gehandicaptenzorg en Bijzondere Jeugdbijstand) die op zich onvoldoende uitgerust lijken voor een passend antwoord op hun begeleidings- en behandelingsbehoeften. Om deze groep op te vangen, wordt gedacht aan de oprichting van een intersectoraal dagcentrum met therapeutische activiteiten voor jongeren die elders uit de boot (dreigen te) vallen. Dit verkennend onderzoek (zes maanden), gaat na of er behoefte is aan een Nederlandstalig centrum voor therapeutische dagbesteding en voor welke doelgroep.

Methode: Het onderzoek schetst de Brusselse context, het multisectoriële aanbod en geeft een indicatief beeld van het profiel van de jongeren en hun zorgtraject. Vier databronnen werden cross-comparatief geanalyseerd: twee databanken van het aanbod van organisaties (Sociale Kaart en Jeugdhulpwijzer), 28 beleids(ondersteunende) documenten, 20 diepte-interviews met hulpverleners uit alle sectoren van de jeugdhulpverlening en onderwijs, en 59 cliëntdossiers.

Resultaten: Brussel en West-Vlaams-Brabant kampen met tekorten in het aanbod, met een groot personeelsverloop, (soms) met een taalproblematiek en moeten hulpverlening aanbieden voor een (uitdijend) grootstedelijk gebied. De meeste knelpunten in de hulpverlening worden vastgesteld bij jongens en meisjes van 14-18 jaar met een problematiek die zich op meerdere levensdomeinen situeert: een psychologische of psychiatrische problematiek (al dan niet in ontwikkeling), een problematische opvoedingssituatie en schooluitval. De obstakels die de jongeren in hun traject ondervinden zijn een wisselwerking tussen persoonsgebonden factoren en factoren gerelateerd aan het bestaande aanbod. De problemen aan de aanbodszijde hebben te maken met het gebrek aan aangepast aanbod in de geselecteerde regio, het gebrek aan expertise om deze groep te identificeren en hen op een gepaste manier te omkaderen, het doorschuiven van jongeren en de beperkte intersectorale samenwerking rond de jongeren. Dit gaat samen met factoren die dicht bij de jongeren liggen. Er zijn jongeren die met storend gedrag en agressie de kernactiviteiten van de individuele instellingen belasten. Veel jongeren (en hun ouders) tonen demotivatie om zich te engageren in hulpverleningsactiviteiten.

Discussie: Het betreft een verkennend onderzoek en de resultaten zijn indicatief. Toch lijkt voor Brussel en West-Vlaams-Brabant een scenario mogelijk waarbij een intersectoraal centrum voor therapeutische dagbesteding wordt opgericht, enerzijds om de druk van bestaande voorzieningen op te vangen, anderzijds om een adequate opvang en begeleiding te voorzien voor een groep die geen aangepaste zorg krijgt en verder uit de boot dreigt te vallen. Het lijkt opportuun om zich te oriënteren op de oudere groep jongeren (vanaf 15 jaar). Er is nog reflectie en onderzoek nodig over de organisatiemodaliteiten van dit centrum.

Sleutelwoorden: jeugdhulpverlening, meervoudige/complexe problematiek, adolescenten (12-18 jaar), Brussel en West-Vlaams-Brabant.

Samenvatting

Inleiding

Een aantal voorzieningen uit de jeugdhulpverlening in regio Brussel en West-Vlaams-Brabant ervaren dat een groep adolescenten (12-18 jaar) met een complexe problematiek (gedragmatig, psychologisch, psychiatrisch, verstandelijk) geen gepaste hulpverlening krijgt en dat die jongeren soms zwaar wegen op de kernactiviteiten van voorzieningen. Zij stellen zich de vraag of een Nederlandstalig centrum voor therapeutische dagbesteding zou kunnen bijdragen om de beoogde doelgroep beter te begeleiden, en wil een beter zicht krijgen op een potentiële groep jongeren die nu niet wordt opgevangen door de huidige voorzieningen.

Een kortdurend (zes maanden - één VTE onderzoeker) verkennend onderzoek (gefinancierd door Vlaamse Gemeenschapscommissie, directie Welzijn en Gezondheid) is uitgevoerd in de periode december 2012-mei 2013 met als doel te analyseren of er behoefte is aan dergelijk dagcentrum.

Vier onderzoeksvragen staan centraal in het onderzoek:

- 1) Wat wordt over de Brusselse en de West-Vlaams-Brabantse (Westrand) context beschreven met betrekking tot de vooropgestelde doelgroep?
- 2) Welke knelpunten doen zich voor in het aanbod van de jeugdhulpverlening voor Nederlandstalige adolescenten (12-18jaar) met een complexe problematiek in regio Brussel en West-Vlaams-Brabant?
- 3) Wat is het profiel van de Brusselse jongeren die in de hulpverlening terecht komen?
- 4) Welke knelpunten duiken op in het traject van de jongeren binnen de jeugdhulpverlening in deze regio?

Methodologie

In dit onderzoek werden vier databronnen geanalyseerd en onderling vergeleken:

- 1) 2 databanken met het aanbod van voorzieningen (Sociale Kaart en Jeugdhulpwijzer)
- 2) 28 beleids- en beleidsondersteunende documenten
- 3) 20 diepte-interviews met hulpverleners uit alle sectoren van de jeugdhulpverlening (incl. BuSo en CLB)
- 4) 59 cliëntdossiers uit drie voorzieningen (CGG Brussel, Tonuso, MPI Levenslust), incl. bespreking van de dossiers

Resultaten

Deel 1: Beschrijving van het aanbod en de doelgroep

(Databronnen: databanken, beleids(ondersteunende)documenten, diepte-interviews)

A. Kenmerken van de regio

De bevolking in Brussel en Halle-Vilvoorde is multicultureel (incl. anderstaligheid) en wordt gekenmerkt door een verjonging. Zowel voor Brussel als delen van de rand spelen socio-economische risicofactoren (laag opleidingsniveau, laag inkomen, werkloosheid, ...) die ook invloed hebben op gezondheid en welzijn.

De organisatie van de jeugdhulpverlening in deze regio wordt bemoeilijkt door complexe beleidsstructuren. Dit heeft gevolgen voor het gebruik en toegankelijkheid voor jongeren.

Het aanbod van Geestelijke Gezondheidszorg en Psychiatrie is zeer beperkt in Brussel en West-Vlaams-Brabant.

B. De jongeren in de jeugdhulpverlening

Jongeren stromen steeds op vroegere leeftijd (-12 jaar) in de jeugdhulpverlening. Meer jongens dan meisjes komen erin terecht, vooral in Gehandicaptenzorg en Bijzondere Jeugdbijstand. In scholen en MPI's zou het aantal jongeren met gedrags- en emotionele stoornissen sterk toenemen. Bovendien kennen BuSo scholen type 3 een grote instroom van jongeren, waarvan sommige hier niet zouden thuishoren. Het is vooral zeer moeilijk om een aangepast schoolaanbod of dagbesteding te vinden voor jongeren met ernstige gedragsproblemen, psychiatrische problemen en jongeren uit residentiële voorzieningen die niet meer integreren in dagelijkse activiteiten van de instellingen.

Meervoudige problematieken zouden steeds meer voorkomen, maar het begrip 'meervoudig' dekt meerdere ladingen. Er is altijd sprake van een combinatie van problemen: soms psychische en psychiatrische problemen, soms problemen op school (inclusief schooluitval en schoolachterstand), soms gecombineerd met een problematische opvoedingssituatie. Psychologische en psychiatrische problemen uiten zich anders bij jongens en meisjes: meisjes vertonen meer internaliserend gedrag, jongens meer externaliserend gedrag (o.a. agressie).

Jongeren zelf ontwikkelen een zeker wantrouwen ten opzichte van de jeugdhulpverlening, onder andere omdat hulpverleningstrajecten binnen voorzieningen te kort zijn (bv. ambulante psychologische begeleiding, psychiatrische crisisopvang en opvang in kinder- en jeugdpsychiatrische ziekenhuizen) en ze daardoor frequent worden doorverwezen tussen hulpverleners. Het ontbreekt de jongeren en hun ouders aan kennis over de jeugdhulpverlening en sommige ouders of jongeren zijn onvoldoende gemotiveerd om hulp te zoeken of een begeleiding voort te zetten. Nederlandstalige jongeren van niet-Belgische origine vinden beter hun weg naar de jeugdhulpverlening dan vroeger, maar het aanbod kan nog niet optimaal inspelen op hun behoeften. Anderstaligheid bij jongeren, maar vooral bij ouders, wordt een specifiek obstakel.

C. Barrières in het aanbod

Spanningen in het aanbod worden gecreëerd door een toenemende instroom van jongeren, een tekort aan voorzieningen en een onevenwichtige spreiding van het aanbod in de regio. Er ontwikkelen zich toegankelijkheidsproblemen voor jongeren met een gedrags- en emotionele stoornis (GES) of (ernstige) agressie, met een meervoudige problematiek, met psychiatrische problemen en vooral voor jongeren tussen 15 en 18 jaar. Enkele specifieke doelgroepen stoten op weigeringen van voorzieningen om toegelaten te worden: jongvolwassenen van ongeveer 18 jaar met een ernstige gedrags- en emotionele stoornis in combinatie met verstandelijke beperking, niet-begeleide buitenlandse minderjarigen en jongeren met ernstige agressieproblemen of seksueel overschrijdend gedrag.

Voornamelijk jongeren die ernstige agressie- of criminele delicten hebben gepleegd en kansarme allochtone jongeren met een diagnose worden soms "doorgeschoven" van de ene naar de andere voorziening, omdat het aanbod niet echt kan inspelen op hun behoeften.

De toegang tot jeugdhulp is niet altijd duidelijk en coherent en wordt daardoor onoverzichtelijk. De toegang wordt daarenboven belemmerd door het belang van (diagnostische) labels en toegangsdrempels (financieel en kennis) voor ouders en door wachtlijsten.

Omwillen van wachtlijsten creëren sommige voorzieningen een prioritaire instroom. Centrale wachtlijsten van Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (Centrale Zorgregie) en Comité van Bijzondere Jeugdzorg blijken overigens niet optimaal te werken. Systematische registratiegegevens van vraag en aanbod ontbreken bovendien overheen alle sectoren.

Intersectorale samenwerking wordt bemoeilijkt door een inflexibele en complexe regelgeving, een verschillende organisatiecultuur (visie op de problematiek van de jongere, werkwijze en doelstellingen), de fysieke afstand tot de voorzieningen en beroepsgeheim. Hierdoor vallen jongeren met een meervoudige problematiek uit de boot.

Naast de toegang tot de voorzieningen worden ook barrières gesignaleerd op het niveau van de hulpverleners: personeelstekort en -verloop, een gebrek aan expertise in bepaalde jongerenproblemen en onvoldoende kennis van het aanbod om accuraat door te verwijzen, een gebrek aan Franse taalkennis, een beperkte cultuurgevoeligheid, onvoldoende ondersteuning van hulpverleners met betrekking tot cultuurdiversiteit en agressie, een hoge werkdruk en het moeizame aanpassingsvermogen aan de regelmatige hervormingen in de jeugdhulpverlening.

DEEL 2: Zorgtrajecten van de jongeren

(Databron: cliëntdossiers)

A. Profiel van de jongeren

Een meerderheid van de jongeren in de dossiers behoort tot de leeftijdscategorie 15-18 jaar en zijn jongens. Knelpuntdossiers betreffen zowel jongens als meisjes, waarbij jongens iets ouder zijn (17-21 jaar) dan meisjes (15-18 jaar). Het gaat zowel om jongeren van Belgische als niet-Belgische origine. Een deel van de jongeren is gedomicilieerd buiten de Brusselse en West-Vlaams-Brabantse regio.

De voornaamste redenen waarom een aantal dossiers als knelpuntdossiers worden gedefinieerd door de hulpverleners zijn: ten eerste, het niet weten hoe de jongeren een geschikt aanbod te voorzien en ten tweede, het niet vinden van een aangepaste dagbesteding.

B. Traject van de jongeren en zijn knelpunten

Een meerderheid van de jongeren stroomt de jeugdhulpverlening in vóór de leeftijd van 12 jaar. In knelpuntdossiers ligt het *eerste* contact met de jeugdhulpverlening op jongere leeftijd. Een meerderheid komt zonder diagnose in de jeugdhulpverlening terecht. In tegenstelling tot CGG Brussel en MPI Levenslust heeft in Tonuso (Bijzondere Jeugdbijstand) geen enkele jongere een diagnose gekregen gedurende hun gehele hulpverleningstraject. Sommige jongeren zijn wel in aanraking geweest met Geestelijke Gezondheidszorg en Psychiatrie. In MPI Levenslust worden vele psychotische stoornissen in ontwikkeling gesteld.

De duur van de fasen in het hulpverleningstraject varieert naargelang de sector: begeleidingen in Bijzondere Jeugdbijstand en Gehandicaptenzorg zijn langer dan in Geestelijke Gezondheidszorg en voornamelijk in Psychiatrie. Tussen deze laatste twee sectoren bestaat voor meisjes een draaideurfenomeen. Verblijven in een voorziening worden het meeste onderbroken door een psychiatrische opname als tijdelijke kortdurende opvang, dit voor meisjes uit de Geestelijke Gezondheidszorg, voor jongens uit Gehandicaptenzorg en voor jongens en meisjes uit Bijzondere Jeugdbijstand.

In de knelpunt dossiers is een meerderheid van de jongeren verwezen tussen drie of vier sectoren in de jeugdhulpverlening. Dit geldt zeker voor jongens met ernstige agressieproblemen en meisjes met ernstige suïcidale gedragingen, bij beiden soms in combinatie met een (al dan niet) gediagnosticeerde psychiatrische stoornis.

Het traject van de jongere kan onderbroken of afgebroken worden door persoonsgebonden knelpunten die mogelijk verweven zijn met knelpunten in het aanbod: demotivatie (ook bij ouders), gedragsproblemen/agressie en het uitvallen op school wat extra druk brengt op de voorziening. Wachtlijsten, exclusiecriteria, personeelsverloop, te dure diagnostiek en gebrekkige informatiedoorstroom tussen voorzieningen behoren tot knelpunten in het aanbod die de continuïteit in het jeugdhulpverleningstraject ondermijnen. Het gebeurt bovendien dat jongeren op een ongepaste plaats belanden (e.g. thuis of in een psychiatrische voorziening voor volwassenen). In sommige gevallen worden jongeren geweigerd, vooral wanneer agressie en criminaliteit opduikt.

Discussie

A. Methodologische beschouwing

Op basis van de mix van databronnen zijn we in staat geweest om verschillende aspecten van de vraagstelling aan te kaarten. Toch is dit onderzoek slechts verkennend. Er kan vertekening zijn in de selectie van de cliëntdossiers en het aantal dossiers dat we hebben geanalyseerd is beperkt. De personen die we geïnterviewd hebben, waren enkel leden van de inhoudelijke stuurgroep die zelf het probleem van een groep jongeren hebben gesignaleerd. In algemene termen ontbreekt het aan goede gegevens over de profielen van de jongeren in de regio. Het onderzoek staat bovendien niet stil bij een mogelijk bestaande groep jongeren die op dit ogenblik geen gebruik maakt van voorzieningen, ondanks hun mogelijke behoefte.

B. Inhoudelijke beschouwing

De meeste knelpunten worden gesignaleerd voor jongeren met een complexe problematiek. Hoewel we geen geïntegreerde analyse hebben gemaakt van de componenten van een complexe problematiek (die vaak een verschillende invulling krijgt of zelfs niet wordt geoperationaliseerd), lijkt het om een combinatie te gaan van een gedragsproblematiek (verwant met een geestelijke gezondheidsproblematiek, die niet noodzakelijk medisch gediagnosticeerd hoeft te zijn) met spanningen in de context van de jongere (problematische opvoedingssituatie en schooluitval of geen dagbesteding vinden/aangaan). Bij de jongeren die centraal staan in dit onderzoek verwijst een complexe problematiek vaak naar een combinatie van persoonsgebonden problemen of stoornissen, voornamelijk psychiatrische stoornissen: stemmingsstoornissen (meisjes), ontwikkelingsstoornissen (ADHD/autisme - jongens; hechtingsstoornissen -jongens en meisjes) en persoonlijkheidsstoornissen in ontwikkeling (jongens en meisjes). Bij sommigen gaan deze stoornissen gepaard met destructief (meisjes) of agressief gedrag (jongens). Deze jongeren zijn bovendien dikwijls verzeild in een problematische opvoedingssituatie (POS). Een POS zou aan de basis kunnen liggen van het ontstaan (e.g. hechtingsstoornis) of escaleren van individuele problemen, wat impliceert dat niet alleen met de jongeren moet gewerkt worden, maar met hun hele context. Jongeren die kunnen terugvallen op een stabiele thuis(vervangende) omgeving, zullen allicht minder snel in de jeugdhulpverlening terechtkomen. De problemen duiken op wanneer jongeren gedrag vertonen dat storend is voor de groep, en wanneer geïntegreerd werken binnen de bestaande voorzieningen op haar grenzen stoot.

Voor deze groep dient hulpverlening uit verschillende sectoren tegelijkertijd (synchroon) aangewend te worden, wat momenteel op moeilijkheden stuit. Dat blijkt heel in het bijzonder voor die groep met geestelijke gezondheidsproblemen en problemen van agressie. Komt daar nog criminaliteit aan te pas, dan worden de problemen om aangepaste hulp te vinden zeer groot en botst men op weigeringen in voorzieningen.

De meeste knelpunten duiken op bij de oudere groep jongeren met een complexe problematiek. Jongens lijken iets ouder te zijn (17-21jaar) dan meisjes (15-18jaar). Met andere woorden vinden we indicaties dat de jeugdhulpverlening zich verder zal moeten verdiepen in het gedifferentieerde publiek waarmee het geconfronteerd (zal) wordt (worden). Vooral voor Brussel en de Brusselse Westrand is dit probleem bijzonder, rekening houdend met de demografische evoluties die zich daar voordoen.

Het ontbreken van echte organisatorische “integratie” in het jeugdhulpverleningsaanbod, zorgt ervoor dat jongeren worden doorverwezen tussen sectoren (“eilanden”) in plaats van het geïntegreerd begeleiden van deze jongeren. Brussel en de Brusselse (West)rand zullen voor de Nederlandstalige groep meer moeten afstemmen.

Hulpverleners zien en erkennen de problemen van bepaalde groepen jongeren, maar door gebrek aan samenwerking en expertise ontstaat de facto het risico op maatschappelijke uitval: door de tekorten in het aanbod en de huidige werkdruk en door de complexiteit van de problemen bij de jongeren dreigen die uit de boot te vallen. Omdat geen (aan)gepaste hulpverlening ter beschikking is die jongeren niet het gevoel geeft van de kast naar de muur te worden verwezen, lopen bepaalde jongeren het gevaar in een vicieus proces van motivatieverlies terecht te komen (voornamelijk voor jongeren die begeleid worden voor mentale gezondheidsproblemen). Hulpverleners wijzen erop dat jongeren het beu zouden zijn om overrompeld te worden met diverse vormen en instellingen van hulpverlening. Ook de werkwijze van de hulpverlening strookt niet altijd met de leefwereld van de jongere en kan aanleiding geven tot afhaken.

Het risico op uitval uit de hulpverlening blijkt groter te worden na een korte intensieve residentiële begeleiding in Psychiatrie, omdat de stap naar ambulante zorg te groot is of ontbreekt. Sectoren en instellingen handelen daarenboven vanuit verschillende hulpverleningsritmes en –benaderingen wat afstemming tussen voorzieningen bemoeilijkt en voetsporen nalaat op het traject van de jongeren. Het bestaan van wachtlijsten, waarvan concrete oorzaken niet gekend zijn, vormt hierbij nog een extra obstakel.

Rekening houdend met het bestaande (tekort aan) aanbod en de bijzondere kenmerken van de regio is er behoefte aan een innovatieve intersectorale aanpak: in plaats van enkel te focussen op barrières “binnen” de sectoren, liggen er mogelijk een aantal opportuniteiten in de huidige problemen om de verkokerde benadering voor Nederlandstalige jongeren bij te sturen. Immers, de behoeften van jongeren blijken vandaag niet gedekt te worden door het bestaande aanbod, waardoor jongeren vaak op oneigenlijke plaatsen terecht komen. Dat veroorzaakt vermijdbare frustratie en werkt mogelijk een niet-effectief en/of niet-efficiënt hulpaanbod in de hand.

Een van de grotere problemen blijkt het oneigenlijke gebruik van een MPI te zijn voor jongeren met een complexe gedragsproblematiek waarbij geestelijke gezondheidsproblemen in ontwikkeling zijn of gediagnosticeerd werden. Een MPI is vaak niet gewapend voor deze doelgroep -waarbij dikwijls geen

duidelijke omschreven verstandelijke beperking primeert of aanwezig is- met als gevolg dat een vicieus proces van steeds kortdurende doorverwijzing ontstaat met (forensische) Psychiatrie en gemeenschapsinstellingen. Psychische problemen en een moeilijk thuiscontext gaan hand in hand met problemen op school en een problematische schoolloopbaan. Sommige jongeren komen vaak onterecht in BuSo, terecht. Hoewel geen analyse werd gemaakt van het schooltraject, blijkt wel dat de knelpunten bij jongeren in de jeugdhulpverlening gerelateerd zijn aan hun dagbesteding. Er worden geen dagbestedingen gevonden of ze sluiten niet nauw genoeg aan bij de noden van de jongeren.

De vraag in welke mate beleidsmakers opteren voor een “lokale” of “subregionale” benadering van de programmatie van het (Nederlandstalige) aanbod wordt een belangrijk vraagstuk gezien de vaststellingen dat voorzieningen in Brussel en Brusselse Westrand ook gebruikt worden door jongeren die buiten deze regio gedomicilieerd zijn (vooral MPI).

Ook bij het personeel treden knelpunten op die doorwegen op de trajecten van de jongeren. Personeelsverloop –waarbij soms allusie wordt gemaakt op de specificiteit van de Brusselse context- werkt nefast op de hulpverleningsrelatie die draait rondom wederzijds vertrouwen. Dit vormt in het bijzonder een aandachtspunt bij jongeren die in contact komen met Geestelijke Gezondheidszorg en Psychiatrie. Hulpverleners hebben niet altijd de expertise en middelen om met agressieve jongeren om te gaan en geestelijke gezondheidsproblemen tegemoet te komen. Dit gebrek aan expertise en het feit dat bepaalde groepen jongeren op oneigenlijke plaatsen terecht komen, dreigen een negatieve impact te hebben op de hulpverleners, die niet meer tot hun kernopdrachten komen, en daardoor mogelijks gedemotiveerd raken.

In de discussie over complexe problemen duikt onvermijdelijk het spanningsveld op over het gebruik van labels en de relevantie van diagnoses. Een gefundeerd debat hierover lijkt noodzakelijk, zeker als beleidsmakers en hulpverleners willen nadenken over een alternatief en innovatief zorgaanbod. Er wordt binnen de jeugdhulpverlening gebruik gemaakt van termen en labels, in functie van het aanbod. Labels en diagnoses zijn eigen aan de “kokers” of de sectoren waarin jongeren begeleid worden. Het gevolg is dat (terecht of onterecht) een aanbodsgestuurde zoektocht start naar ‘een etiket’ om mensen te kunnen verwijzen naar bepaalde sectoren. Enige stroomlijning van het gebruik van begrippen dringt zich in dat verband op, zeker bij mentale problemen waar begrippen als ‘psychiatrische’, ‘psychische’ en ‘geestelijke gezondheidsproblemen’, door elkaar gebruikt worden en waarin gegoocheld wordt met ‘psychiatrische stoornissen’ of ‘psychiatrische stoornissen in ontwikkeling’. Op basis van wetenschappelijke discussies vragen wij ons af in welke mate gemedicaliseerde diagnoses bij jongeren altijd kunnen gesteld worden en nodig zijn. De effecten van dergelijke labels kunnen een zeer zware iatrogene impact hebben op de jongere, omdat diagnoses en labels aanleiding geven tot het medicaliseren en stigmatiseren van gedragsproblemen van jongeren. Tezelfdertijd is het benoemen van problemen van jongeren op basis van een heldere probleemidentificatie cruciaal om effectieve en efficiënte zorg en hulpverlening aan te bieden en is er behoefte om dit te professionaliseren. Een innovatieve aanpak steunt op een analyse van behoeften in verschillende gedrags- en levensdomeinen dan op diagnoses of labels op zich.

Op basis van de globale beschrijvingen van de regio lijkt het verschil tussen jongeren van Belgische en niet-Belgische origine (en niet-Westerse achtergrond) een belangrijk aandachtspunt te worden voor

de toekomst in Brussel en Brusselse Westrand. Toch dienen hier een paar kanttekeningen bij gemaakt te worden. In de documenten en bij hulpverleners wordt gemakkelijk verwezen naar ‘allochtonen’ als een algemene categorie, terwijl deze typering veel te generalistisch is. Hulpverleners halen aan dat jongeren met een niet-Westerse achtergrond (en hun ouders) een andere aanpak van hulpverlening nodig hebben, daar hun behoeften of die van hun directe omgeving anders zijn. Voldoende indicaties zijn aanwezig dat hoger moet worden ingezet hierop in de Nederlandstalige voorzieningen in deze regio gezien de toenemende diversiteit van de grootstad en de rand.

De documenten duiden ook op de taalproblematiek in de hulpverlening in Brussel en Brusselse rand. Hulpverleners verwijzen vooral naar taalmoeilijkheden bij ouders met betrekking tot de Nederlandse taalbeheersing, wat een impact heeft op de hulpverlening. Uit de dossieranalyse komt anderstaligheid (geen Nederlands beheersen) niet expliciet als een cruciale drempel naar voor, maar mogelijk ligt een verklaring ook dat er taalbarrières en selectiemechanismen zijn die de toegang tot de hulpverlening belemmeren. In interviews met hulpverleners wijst men op het fenomeen dat sommige jongeren (en hun ouders) van de rand worden doorverwezen naar Brussel centrum omwille van het niet beheersen van de Nederlandse taal.

Conclusie

In dit verkennende onderzoek zijn indicaties te vinden dat er nood is aan een gepast en subsidiair aanbod voor jongeren met complexe gedragsproblemen die verwant zijn aan mentale gezondheidsproblemen. Het gaat om jongeren met een meervoudige problematiek die zich uit op meerdere levensdomeinen: de problemen hebben te maken met zowel persoonskenmerken (gedragsproblematiek verwant met psychische problematiek) als met de randvoorwaarden waarin de jongeren opgroeit: in het gezin (problematische opvoedingssituatie), op school (schooluitval of geen dagbesteding vinden/aangaan). Het lijkt erop dat problemen niet opgelost worden, omdat de jeugdhulpverlening onvoldoende geïntegreerd inspeelt op deze groep: er wordt vooral veel met deze jongeren tussen voorzieningen “geschoven” en het lijkt heel moeilijk een aanbod te doen dat inspeelt op de leefwereld van deze jongeren. Meer expertise om de problemen van deze jongeren te begrijpen en meer intersectorale samenwerking die de muren sloopt rondom elke verkokerde sector, is nodig om aan de veelzijdige problematiek van deze jongeren tegemoet te komen.

Een dagcentrum georganiseerd vanuit een intersectorale benadering, waarbij vanuit een innovatief model wordt gedacht aan ambulante omkadering van deze jongeren, lijkt een mogelijk scenario; enerzijds om de mogelijke druk van bestaande voorzieningen op te vangen en anderzijds om een adequate opvang en begeleiding te voorzien die de integratie en het functioneren van jongeren kan optimaliseren.

Aanbevelingen

1. Overweeg de oprichting van een Nederlandstalig centrum voor therapeutische dagbesteding in regio Brussel en West-Vlaams-Brabant voor jongeren met een complexe problematiek.

1.1. Identificeer de rol van het centrum in het traject van de jongere. Ontwikkel een netwerkvisie op het aanbod, op de afstemming met taken en opdrachten van andere voorzieningen uit de jeugdhulpverlening.

- Optie 1: Het dagcentrum functioneert als een “intermediaire” opvangplaats waar jongeren tijdelijk terecht kunnen tot hun gedragsproblemen gestabiliseerd zijn en ze opnieuw kunnen integreren in reguliere hulpverlening: het functioneert in een “netwerklogica”.
- Optie 2: Het dagcentrum wordt “de” alternatieve opvangplek voor jongeren die in het bestaande reguliere hulpverleningsaanbod niet aan hun trekken komen en daar voor teveel spanningen zorgen: het wordt gezien als een “sequentiële” aanvulling voor bestaande hulpverlening.

1.1.1. Positioneer het centrum in relatie tot andere voorzieningen uit verschillende sectoren in de regio. isoleer het centrum niet van die bestaande voorzieningen en hun activiteiten.

- Deze jongeren met een complexe problematiek hebben geen baat bij een sequentieel ketenmodel dat gebaseerd is op doorverwijzingen. Het instrumentele doorverwijsmodel zorgt voor spanningen in coherentie en consistentie in zorg en omkadering: het werkt “uitval” en demotivatatie van deze groep jongeren in de hand, met cumulatieve gevolgen op school- en arbeidscarrière en potentieel zelfs criminaliteit.

1.1.2. Denk grondig na over de effectiviteit en efficiëntie van het organisatiemodel en bespreek nauwgezet met alle betrokken actoren wat aanvaardbare en haalbare werkingsmodaliteiten zijn.

1.1.3. Besteed voldoende aandacht aan de gehanteerde begeleidingsvisie die het dagcentrum zal hanteren rond de jongeren, omdat visies van individuele instellingen en sectoren niet altijd overeenstemmen.

1.1.4. Ga niet intuïtief te werk: betrek bij het ontwerp en werkingsmodaliteiten alle sectoren die een beroep willen doen op dit centrum en stem verwachtingen op elkaar af.

1.1.5. Ga op zoek en fundeer het ontwerp in bestaande wetenschappelijke “evidence”.

1.2. Baken de doelgroep van de jongeren voor het dagcentrum af.

- Focus op jongeren met een “complexe gedragsproblematiek” met geestelijke gezondheidsproblemen (in ontwikkeling); focus niet op bestaande diagnostische labels of inclusiecriteria om de jongeren toe te laten, maar op behoeften van de jongeren.
- Kies niet voor doelgroepen die als “concurrentiebedreiging” ervaren worden voor bestaande voorzieningen.
- Werk niet vanuit een “gemedicaliseerd” model.
- Focus op de groep jongeren vanaf 15 jaar.
- Houd rekening met de verschillende types gedragsproblemen die zich op die leeftijd voordoen bij jongens en meisjes.

- Ontwikkel een visie op de toegangscriteria in termen van domicilie van de jongere. Als de organisatie werkt in een netwerkbenadering, houd dan rekening dat de inclusiecriteria op domicilie niet voor alle sectoren beperkt zijn tot Brussel of West-Vlaams-Brabant (cfr. MPI).
 - Bepaal een strategie over de inclusie op korte, middellange en langere termijn voor bijzondere doelgroepen met specifieke behoeften (cfr. Roma, niet begeleide buitenlandse minderjarigen).
- 1.3. Het dag-therapeutisch centrum biedt niet alleen “dagopvang” maar ook “therapeutische begeleiding” aan.
- 1.3.1. Het dagcentrum werkt vanuit een aanpak die geënt is op behoud van (re-)integratie van jongeren in het “reguliere” leven: een cruciaal aspect is de school. Er moet gewerkt worden rond de oorzaken van het afhaken in een aantal levensdomeinen die de kansen op integratie in de maatschappij bevorderen.
- 1.3.2. Gebruik (innovatieve) begeleidingsmodellen die effectief zijn, die vooral werken rond het opbouwen van vertrouwen bij jongeren zelf en die de jongeren opnieuw motiveert tot engagement en verantwoordelijkheid.
- 1.3.3. Hanteer begeleidingsmodellen die niet enkel “intern” georiënteerd zijn maar die focussen op “externe” re-integratie van jongeren: werk niet “in plaats van” andere sectoren of groepen, maar “samen met” relevante groepen uit de “buitenwereld” van de jongere. Betrek hierbij de omgeving van de jongeren, de hulpverleners, vertrouwenspersonen van de jongere, school en familie in de activiteiten rond de jongere binnen het centrum (cfr. *wrap around* model).
- 1.3.4. Wees expliciet of het dagcentrum ook tijdelijke “crisisopvang” (al of niet met tijdelijk verblijf) zal aanbieden of niet.
- 1.3.5. Organiseer type activiteiten die voldoende aansluiten bij de leefwereld van de jongeren. Laat inbreng van de jongere in de keuze van de activiteiten toe om zo de jongeren te motiveren en bouw voldoende structuur in.
- 1.3.6. Realiseer een systematisch overleg voor en met elke jongere.
- 1.4. Haal expertise en competentie *in huis* om met de complexe gedragsproblematiek die voorop wordt gesteld om te kunnen gaan.
- 1.4.1. Bij het personeel moeten voldoende “technische”-hulpverleningscompetenties aanwezig zijn.
- 1.4.2. Start met gemotiveerd personeel die goed de doelgroep en de Brusselse context kan inschatten. Start het centrum met hulpverleners met voldoende ervaring.
- 1.4.3. Ontwikkel een HRM visie die het verloop van hulpverleners minimaliseert.
- 1.4.4. Zorg voor voldoende cultuur-sensitieve competenties: het zal om een doelgroep gaan waarbij ook gewerkt zal worden met jongeren en ouders van niet-Belgische oorsprong.
- 1.4.5. De competentie van een centrum kan versterkt worden door te werken in een netwerklogica, met centra waar men beroep kan op doen (zie ook organisatiemodel).
- 1.4.6. Anticipeer op de mate waarin het centrum behoefte zal hebben aan diagnostische capaciteit.
- 1.5. Overdenk grondig de capaciteit van het centrum.

- 1.5.1. Wees precies over de capaciteit in termen van aantal jongeren en de verwachte opvangduur van jongeren, op korte, middellange en lange termijn.
- 1.5.2. Ontwikkel een uitgesproken visie op “instroom” en “uitstroom” criteria, zonder te vervallen in bureaucratisch diagnostische selectiecriteria, zoals die gehanteerd worden in de bestaande sectoren.
- 1.5.3. Kijk naar binnen- en buitenlandse modellen en ga op zoek naar de *evidence* en expertise om de werkbare grootte van dergelijk centrum af te baken.
- 1.5.4. Laat een “multi-sectorale” instroom van jongeren toe.
- 1.5.5. Denk van bij de oprichting van een pilootproject na over “uitrol”scenario’s op korte, middellange en lange termijn en op welk manier ingespeeld kan worden op de behoeften in Brussel en West-Vlaams-Brabant.
- 1.6. Overdenk grondig de inplanting, infrastructuur en locatie van een centrum.
 - 1.6.1. De fysieke toegankelijkheid en bereikbaarheid van het dagcentrum, en de potentiële voor- en nadelen ervan, dienen geëxpliciteerd te worden.
 - 1.6.2. Denk grondig na over de vereiste infrastructuur van het gebouw (ruimte, keuken, eetgelegenheid, sanitair, ...) en stem dat af op de vooropgestelde (groei)-capaciteit van het centrum.
- 1.7. Overdenk de fysieke toegankelijkheid.
 - 1.7.1. Reflecteer over de impact en keuzes van openings- en sluitingstijden, inclusief of het centrum ook in het weekend en vakanties toegankelijk is.
 - 1.7.2. Overdenk de minimum en maximum verblijfsduur. Overweeg het principe “zo lang als nodig, zo kort als mogelijk”.
- 1.8. Creëer een duidelijke communicatiestrategie.
 - 1.8.1. Ontwikkel een heldere visie op en identiteit van het centrum.
 - 1.8.2. Werk aan een communicatiestrategie voor de professionele sectoren, voor de jongeren en hun familie.
 - 1.8.3. Wees precies en helder, zodat verwachtingen en opdrachten door iedereen ook helder gecreëerd worden.
- 1.9. Wees waakzaam voor het mogelijk stigmatiserend effect van een centrum op jongeren
 - 1.9.1. Zorg ervoor dat het centrum niet de “doorverwijsafvalbak” wordt van jongeren waar andere sectoren liever niet meer mee werken.
- 1.10. Richt dit centrum initieel op als een pilootproject en evalueer (op wetenschappelijke gronden) zowel de resultaten, de werkingsmodaliteiten en mogelijke problemen.

2. Geef meer ondersteuning aan personeel/de hulpverleners in de jeugdhulpverlening in Brussel en West-Vlaams-Brabant.

- 2.1 Bevorder deskundigheid van hulpverleners in alle sectoren.
 - 2.1.1 Verhoog basiscompetenties van hulpverleners m.b.t. geestelijke gezondheidsproblematieken, in het bijzonder voor persoonlijkheidsstoornissen in ontwikkeling.
 - 2.1.2 Verhoog de competenties van hulpverleners m.b.t. omgaan met agressie, al dan niet gelinkt aan een geestelijke gezondheidsproblematiek.
 - 2.1.3 Besteed meer middelen om de cultuurgevoelighed van hulpverleners te vergroten.
 - 2.1.3.1 Verhoog de competenties van hulpverleners m.b.t. een begeleiding die is afgestemd op de culturele achtergrond van de jongeren.

3. Stimuleer wetenschappelijk onderzoek in de jeugdhulpverlening in de Brusselse regio en de rand:

- 3.1. onderzoek naar systematische prevalentiecijfers van psychische problematieken bij jongeren in België
- 3.2. onderzoek in de sectoren Geestelijke Gezondheidszorg, Psychiatrie en Gehandicaptenzorg
- 3.3. onderzoek dat een link legt tussen jeugdhulpverlening en onderwijs
- 3.4. onderzoek naar organisatiemodellen voor intersectorale samenwerking
- 3.5. onderzoek naar diversiteit en cultuur-sensitieve zorg
- 3.6. participerend onderzoek van jongeren waarin de stem van de jongere wordt gehoord

Inhoud

Abstract	v
Samenvatting.....	vi
Lijst met tabellen	xx
Lijst met figuren.....	xx
Lijst met afkortingen	xxi
1. Inleiding	22
1.1 Probleemstelling.....	22
1.2 Doelstelling van het onderzoek.....	23
1.3 Onderzoeksvragen.....	24
1.4 Structuur van het rapport	24
2. Methodologie	25
2.1 Dataverzameling.....	25
2.1.1 Databanken over het aanbod jeugdhulpverlening.....	25
2.1.2 beleids(ondersteunende)documenten	25
2.1.3 Diepte-interviews	25
2.1.4 Cliëntdossiers	25
2.2 Data-analyse	26
2.2.1 Databanken over het aanbod jeugdhulpverlening.....	26
2.2.2 Beleids(ondersteunende)documenten	26
2.2.3 Diepte-interviews	26
2.2.4 Cliëntdossiers	26
3. Resultaten.....	28
3.1 Beschrijving van de doelgroep en het aanbod	28
3.1.1 Kenmerken van de regio	28
3.1.1.1 Kenmerken van de bevolking	28
3.1.1.2 Karakteristieken van het aanbod van jeugdhulpverlening.....	33
3.1.2 De jongeren in de jeugdhulpverlening in de regio	35
Leeftijd	36
Gender	37
Niet-Belgische origine.....	37
Anders en/of meertaligheid	39
Gedrags- en agressieproblemen	39
Psychische en psychiatrische problemen	41
Meervoudige problematiek.....	42
Druggebruik.....	43
Problematische opvoedingssituatie	43
Demotivatie	44

Schoolgerelateerde problemen.....	44
3.1.3 Barrières die jongeren in de jeugdhulpverlening ervaren	49
Beeld van de jongeren over jeugdhulpverlening	49
Toegang tot jeugdhulpverlening	51
Doelgroepen.....	52
Onaangepast hulpaanbod/geen gepaste begeleiding	54
Werkprocessen in de hulpverlening.....	55
3.1.4 Barrières in het aanbod van jeugdhulpverlening	57
3.1.4.1 Spanningen in het aanbod van hulpverlening.....	57
3.1.4.2 Toegankelijkheid van voorzieningen	63
3.1.4.3 Moeilijkheden in het doorverwijzingsproces van cliënten.....	69
3.1.4.4 Personeel gerelateerde problemen	84
3.2 Het traject van jongeren in de jeugdhulpverlening.....	91
3.2.1 Profiel van de jongeren	93
Algemene dossiers.....	93
Knelpuntdossiers	94
Niet weerhouden dossiers bij aanmelding in MPI Levenslust.....	94
3.2.2 Traject van de jongeren.....	95
3.2.1 Beschrijving van het traject	95
3.2.2 Knelpunten in het traject van de jongeren	115
3.2.3 De samenhang van verschillende problemen: enkele voorbeelden	121
4. Discussie	124
4.1 Methodologische aspecten	124
4.2 Inhoudelijke beschouwing.....	125
Kenmerken van het aanbod	125
Kenmerken van de jongeren	128
4.3 Conclusie	131
Referenties	133
Bijlagen	
Bijlage 1: Overzicht zorgaanbod in 2007 volgens IJH Brussel	I
Bijlage 2: Overzicht zorgaanbod in 2007 volgens IJH Vlaams-Brabant	III
Bijlage 3: Mapping van het zorgaanbod in de regio.....	IV

Lijst met tabellen

Tabel 1: Aantal diepte-interviews en aantal personen	28
Tabel 2: Beschrijvende kenmerken van de jongeren	91
Tabel 3: Vergelijking van gemiddelde leeftijden (jaar).....	96
Tabel 4: Gemiddelde duur (jaar) van het hulpverleningstraject en verblijf in huidige voorziening	99
Tabel 5: Aantal jongeren met het aantal sectoren in hun hulpverleningstraject	102
Tabel 6: De eerste aanmelder in de huidige voorzieningen.....	105
Tabel 7: Aantal hulpverleningstrajecten met fasen buiten regio Brussel en West-Vlaams-Brabant..	106
Tabel 8: Aantal jongeren met een gediagnosticeerde problematiek.....	112
Tabel 9: Knelpunten in het traject van de jongeren.....	115

Lijst met figuren

Figuur 1: Gemiddelde instroomleeftijd (jaar) van de jongere in huidige voorziening	97
Figuur 2: Huidige gemiddelde leeftijd (jaar) van de jongeren in de voorziening	98

Lijst met afkortingen

ASS	autismespectrumstoornis
BJB	Bijzondere Jeugdbijstand
BZW	Begeleid Zelfstandig Wonen
CAW	Centrum voor Algemeen Welzijnswerk
CBJ	Comité Bijzondere Jeugdzorg
CD	<i>conduct disorder</i> (antisociale gedragsstoornis)
CGG	Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg
CLB	Centrum voor Leerlingenbegeleiding
CRZ	Centrale Registratie van Zorgvragen
For-k	Forensische kinder-psihiatrische dienst
GES	gedrags- en emotionele stoornissen
GES+	ernstige gedrags- en emotionele stoornissen
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GI	gemeenschapsinstelling
IJH	Integrale Jeugdhulp
ITP	Intersectorale Toegangspoort
JRB	jeugdrechtbank
KJP	Kinder- en Jeugdpsychiatrie
KOPP	kinderen van ouders met psychische/psychiatrische problemen
MFC	Multi-Functioneel Centrum
MOF	een als misdaad omschreven feit
MPI	Medisch Pedagogisch Instituut
MPK	Medisch Psychiatrische Kliniek
OBC	Observatie- en Behandelingscentrum
ODD	<i>oppositional defiant disorder</i> (oppositieel opstandige gedragsstoornis)
OOOC	Onthaal-, Oriëntatie- en Observatiecentrum
Paika	psychiatrische afdeling voor infants, kinderen en adolescenten
PC	Psychiatrisch Centrum
POS	problematische opvoedingssituatie
PTSS	posttraumatische stressstoornis
VAPH	Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap
VDIP	Vroege Detectie en Interventie bij Psychiatrische (Psychotische) Stoornissen
VK	Vertrouwenscentrum Kindermishandeling

1. Inleiding

1.1 Probleemstelling

In Brussel en de Brusselse Westrand (West-Vlaams-Brabant) is een denkoefening gestart over de uitbouw van een centrum voor therapeutische dagbesteding voor pubers en adolescenten met een complexe problematiek (combinatie van verstandelijke, gedragsmatige, psychologische, psychiatrische problematiek). Het dagcentrum zou zich richten op Nederlandstalige adolescenten woonachtig in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest of die een gebruik maken van het Nederlandstalig jeugdhulpverleningsaanbod in Brussel én het arrondissement Asse-Halle-Vilvoorde. Binnen de jeugdhulpverlening wordt namelijk een tekort ervaren aan langdurige ambulante therapeutische dagbesteding voor deze Nederlandstalige groep jongeren. Het dagcentrum zou zich prioritair dan ook richten op pubers en adolescenten met een complexe problematiek waarvoor de sectoren vandaag ervaren dat ze geen gepast aanbod kennen in de jeugdhulpverlening in de regio. Deze adolescenten bevinden zich op basis van de praktijkervaring dikwijls in een problematische opvoedingssituatie (POS) en/of vallen uit op school of een alternatieve dagbesteding.

Het dagcentrum wordt getypeerd als een *intersectoraal* initiatief dat *ambulante* dienstverlening aanreikt. De hoofdlocatie is het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, maar zal ook operationeel zijn voor de aansluitende Westrand van Brussel.

In bestaande wetenschappelijk analyses, die de Brusselse situatie overstijgen, wordt erop gewezen dat jongeren met een complexe problematiek (gedragsmatig, psychiatrische en mentale beperking) uit de boot vallen in de jeugdhulpverlening (Vander Laenen, 2008; Voets & Nijs, 2009, Nota VAPH, 2010 in Vander Laenen, 2011). Dit komt mede doordat de verschillende sectoren (cfr. Geestelijke gezondheidszorg, Bijzondere Jeugdbijstand, Kinder- en Jeugdpsychiatrie en Gehandicaptenzorg) onvoldoende op elkaar zijn afgestemd (Vander Laenen et al., 2008). Het bestaande aanbod wordt overigens geconfronteerd met een toegenomen instroom van jongeren in de Bijzondere Jeugdzorg, Gehandicaptenzorg, Geestelijke Gezondheidszorg en het buitengewoon secundair onderwijs voor jongeren met gedragsstoornissen (BuSo type 3). Er ontstaan “opstop-effecten” door het tekort aan plaatsen op aangepaste werkwijzen. Verschillende documenten benadrukken de noodzaak tot samenwerking en integratie van sectoren (e.g. Voets, Nijs & Boetmans, 2009; Janssens & Deboutte 2007) en ook het beleidsreflecties in Vlaanderen zet hoog in op Integrale Jeugdhulp.

In de literatuur worden de residentiële opvangvormen steeds meer geproblematiseerd, omdat die ertoe leiden dat jongeren niet maatschappelijk ge(re)ïntegreerd raken. Bovendien creëert de jeugdhulpverlening nauwelijks uitstroom (Vander Laenen et al., 2008). Een ambulant zorgprogramma aanbieden zou het risico beperken op institutionalisering, vervreemding van de realiteit, verlies van voordien bestaande vaardigheden, ... Ambulant werken, onder andere via een centrum voor therapeutische dagbesteding, zou een optie zijn om dichter aan te sluiten bij de leefwereld en context van de jongere. Afzonderlijke therapeut-patiënt begeleidingen of een residentieel verblijf, blijken niet de meeste doelmatige hulpverlening te zijn voor jongeren met een psychopathologie. *Community-based* systemen van geïntegreerde zorg die zich richten op het gezin en de jongeren en omkaderd zijn met voldoende adequate professionele zorg, zijn meer effectief (Janssens & Deboutte, 2010).

Opvallend is het gebrek aan wetenschappelijk gefundeerd inzicht in de problematiek (Vander Laenen et al., 2011). Er is een gebrek aan systematische prevalentiecijfers van verstandelijke, gedrags-, psychologische en psychiatrische problemen bij Vlaamse jongeren (Vander Laenen et al., 2011).

- Een studie van D'Oosterlick et al. (2006) stelt dat 11,6% tot 33,8% van de jongeren (N=517, 3-18 jaar, waarvan vier maal meer jongens) die verblijven in een Oost-Vlaamse (semi-) residentiële voorziening voor gedrags- en emotionele stoornissen, een psychiatrische diagnose (ADHD, CD, ODD, pervasieve ontwikkelingsstoornis) hebben.
- Janssens & Deboutte (2010) menen dat 43,2% tot 52,6 % van de jongeren (N=272, 3-18 jaar) uit residentiële voorzieningen in de provincie Antwerpen gedrags- of emotionele problemen vertonen.
- Een studie van Colins et al. (2009) constateerde dat 83% van de jongens (N=245) van 12 tot 17 jaar uit drie gemeenschapsinstellingen in Vlaanderen een psychiatrische stoornis heeft in het afgelopen jaar van het onderzoek (PTSS, separatie angststoornis, depressieve stoornis, dysthyme stoornis, ADHD, ODD, CD, middelengebruik, schizofrenie). Een hoge mate van psychiatrische stoornis werd ook gevonden in de gehanteerde subgroepen 'gewelddadig gedrag', 'diefstal', en beide groepen samen.

Veel jongeren met een complexe problematiek vallen uit op school (Tonuso vzw, 2011). Ondanks grote aandacht en inzet van initiatieven voor uitval op school en thuiszitters in het Brusselse en zijn Westrand, zijn concrete cijfers over de redenen van deze problematiek er niet.

- In Nederland behoren psychische problemen (23,6%, gedefinieerd als '*vermoedens van angsten, fobieën, psychisch ongemak, psychiatrische stoornis*') en gedragsproblemen (16,6%, gedefinieerd als '*problematisch gedrag naar anderen*') tot de twee grootste oorzaken van het meer dan vier weken verzuim van school zonder geldige reden bij jongeren tussen 5 en 18 jaar (Ingrado, 2010).

In een intersectorale inhoudelijke stuurgroep in de Brusselse regio is in juni 2012 een reflectie gestart over de vraag of een dagcentrum in samenwerking met de verschillende jeugdhulpvoorzieningen uit de regio een mogelijke denkpiste was om de ervaren problemen op te vangen. De kernstuurgroep heeft dan een verkennend onderzoek gevraagd aan de onderzoeksgroep OPIH (*Organisation, Policy and Social Inequalities in Health Care*) van Vrije Universiteit Brussel om meer systematisch inzicht te verwerven in de kenmerken van de regio en de kenmerken van de jongeren. Het onderzoek is uitgevoerd in de periode december 2012 tot en met mei 2013 door een junior onderzoeker onder begeleiding van een wetenschappelijk meer ervaren persoon.

1.2 Doelstelling van het onderzoek

In dit rapport wordt verslag gedaan van een *verkennend* onderzoek, dat niet de ambities heeft definitieve conclusies te kunnen trekken. Het onderzoek tracht een aantal inzichten aan te leveren die kunnen helpen bij de reflectie over een aangepast zorgaanbod voor een afgebakende groep jongeren.

Het onderzoek focust op de profielkenmerken van Nederlandstalige adolescenten (12-18jaar) met een complexe problematiek van zowel psychologische of psychiatrische aard, vaak gecombineerd

met een problematische opvoedingssituatie en/of een mentale achterstand. Die doelgroep is geselecteerd, omdat volgens ervaringsdeskundigen uit het hulpverleningsaanbod bij deze jongeren de meeste problemen opduiken. De studie staat eveneens stil bij het aanbod in Brussel en de Brusselse Westrand.

Het onderzoek spitst zich toe op:

- Beschrijving van de Brusselse context en het multisectoriële aanbod :
 - analyse van de problemen voor deze groep in de Brusselse context
 - analyse van de randvoorwaarden voor het ontwikkelen van een samenwerkingsverband/netwerk van deelnemende instellingen uit de jeugdhulpverlening in de regio Brussel en het arrondissement Asse-Halle-Vilvoorde
- Het profiel van jongeren en hun zorgtrajecten
 - een typologie/profiel opmaken van de bereikte doelgroep (persoon en context) en hun hulpverleningstrajecten (hulpverleningsproces, setting, sector, intersectoraal) aan de hand van een trajectonderzoek van jongeren in de diverse sectoren jeugdhulp werkzaam in Brussel en de rand (instroom, doorstroom, en uitstroom)
 - op basis van de beschrijving van trajecten en typologie van jongeren wordt de behoeftanalyse kwalitatief uitgediept. Er wordt ingegaan op de analyse van samenwerking en doorverwijzing, netwerkontwikkeling, intersectorale samenwerking in een Brusselse context en realisatie buiten de Brusselse rand.

1.3 Onderzoeksvragen

- Wat wordt over de Brusselse en de West-Vlaams-Brabantse (Westrand) context beschreven met betrekking tot de vooropgestelde doelgroep?
- Welke knelpunten zijn aanwezig in het aanbod van de jeugdhulpverlening voor Nederlandstalige adolescenten (12-18jaar) met een complexe problematiek in regio Brussel en West-Vlaams-Brabant?
- Wat is het profiel van de beoogde doelgroep die in de hulpverlening terecht komt?
- Welke knelpunten ervaart de doelgroep in hun traject binnen de jeugdhulpverlening in deze regio?

1.4 Structuur van het rapport

Dit rapport bestaat uit de volgende hoofdstukken. In hoofdstuk 2 beschrijven we de gehanteerde methodologie. Hoofdstuk 3 bevat de resultaten, opgesplitst in twee delen. Hoofdstuk 4 geeft de sterktes en zwaktes van dit onderzoek weer en formuleert een aantal conclusies.

2. Methodologie

2.1 Dataverzameling

We gebruiken vier databronnen: databanken, documenten, diepte-interviews en cliëntdossiers.

2.1.1 Databanken over het aanbod jeugdhulpverlening

Twee online databanken, Sociale Kaart (<http://www.desocialekaart.be>) en Jeugdhulpwijzer (http://jeugdhulpwijzer.be/PAGE_jeugdhulpwijzer.php), werden gebruikt om de reguliere jeugdhulpvoorzieningen in de regio weer te geven. De websites van de voorziening werden ook geraadpleegd bij ontbrekende informatie.

2.1.2 beleids(ondersteunende)documenten

De kernstuurgroep reikten zeven beleidsdocumenten en 21 beleidsondersteunende documenten aan die handelen over jeugdhulpverlening in Brussel en West-Vlaams-Brabant.

- Een beleidsdocument is *“een stuk waarin een beleidsvoerend orgaan (regering, ministere, Gedeputeerde Staten e.a.) een uiteenzetting en toelichting met betrekking tot gevoerd of te voeren beleid ten aanzien van een bepaalde beleidskwestie geeft* (Wikipedia, 2012)”.*”*
- Onder beleidsondersteunende documenten rekenen we documenten of rapporten die achtergrondinformatie verschaffen om een maatschappelijk probleem te kaderen of te documenteren met oog op het ontwikkelen van een beleid. De gebruikte databronnen dateerden van 2007 tot 2012.

2.1.3 Diepte-interviews

We contacteerden 35 hulpverleners uit voorzieningen in Brussel of West-Vlaams-Brabant via e-mail en/of telefoon om te participeren in het diepte-interview. Daarbij waren ook leden van de stuurgroep en hulpverleners die werden aangeraden. De respondenten komen uit Algemeen Welzijnswerk, Gehandicaptenzorg, Bijzondere Jeugdbijstand, Geestelijke gezondheidszorg, Psychiatrie en ook Onderwijs (CLB en BUSO).

De interviewer kwam ter plaatse bij de geïnterviewde. De interviews werden opgenomen met een audiorecorder en aanvullende notities werden genomen. Alles interviews zijn geanonimiseerd.

2.1.4 Cliëntdossiers

We beoogden 60 geanonimiseerde cliëntdossiers te verzamelen uit de jeugdhulpverlening in Brussel en West-Vlaams-Brabant. De onderzoekers hebben selectiecriteria voor dossiers vooropgesteld.

- *de problematiek van de jongere verwant aan de opdracht van de voorziening :*
 - (1) *jongeren met psychiatrische of geestelijke gezondheid verwante problematiek (CGG Brussel)*
 - (2) *jongeren in problematische opvoedingssituaties (Tonuso)*
 - (3) *jongeren met (al dan niet een combinatie van) een lichte verstandelijke handicap en gedragsproblematiek (MPI Levenslust)*
- *een zo evenwichtig mogelijke verdeling voor de volgende criteria:*
 - *leeftijd (een gelijkmatige spreiding over enerzijds de leeftijdscategorie 12-15 jaar anderzijds 16-18 jaar)*

- *geslacht (meisjes en jongens),*
- *origine (Belgische en niet-Belgische/Westerse oorsprong),*
- *jongeren die in Brussel en jongeren die in West-Vlaams-Brabant wonen.*

Alle cliëntdossiers waren bij voorkeur jongeren in actuele begeleiding in de voorziening. Wanneer geen actuele dossiers werden gevonden die aan de criteria voldoen, mochten ‘geklasseerde’ dossiers aangereikt worden.

We vroegen 15 “algemene” dossiers per voorziening te selecteren en vijf “knelpuntdossiers”. Knelpuntdossiers zijn dossiers van jongeren waarbij de hulpverleningsorganisatie problemen ervaart (we hebben dus geen definitie meegegeven van een knelpuntdossier).

De cliëntdossiers zijn geselecteerd door medewerkers van organisaties die deel uitmaken van de kernstuurgroep: CGG Brussel (20 dossiers), Tonuso¹ Brussel (20 dossiers), MPI Levenslust Lennik (20 dossiers).

2.2 Data-analyse

Het onderzoek past een cross-comparatieve iteratieve analysetechniek toe. De informatie uit de vier databronnen wordt gelabeld, gecategoriseerd, onderling vergeleken en geïntegreerd geanalyseerd.

2.2.1 Databanken over het aanbod jeugdhulpverlening

De verschillende jeugdhulpvoorzieningen werden opgelijst per sector: Algemeen Welzijnswerk, Gehandicaptenzorg, Bijzondere Jeugdbijstand, Geestelijke Gezondheidszorg, Psychiatrie en ook Onderwijs (CLB en BUSO). Hierin werd onderscheid gemaakt tussen voorzieningen uit Brussel en uit West-Vlaams-Brabant.

2.2.2 Beleids(ondersteunende)documenten

We zochten naar vier types citaten in de documenten:

- citaten die het jongerencliënteel en zijn karakteristieken omschrijven
- citaten die de barrières van dit jongerencliënteel in de jeugdhulpverlening beschrijven
- citaten die het aanbod in de jeugdhulpverlening in Brussel en West-Vlaams-Brabant omschrijven
- citaten die de barrières in aanbod in de jeugdhulpverlening omschrijven

2.2.3 Diepte-interviews

Er is gewerkt met thematische nota’s van de interviews (geen transcripten). De interviews werden geordend op basis van de topiclijst van de beleids(ondersteunende) documenten.

2.2.4 Cliëntdossiers

Het hulpverleningstraject van een jongere werd chronologisch gereconstrueerd op basis van de informatie uit het dossier.

Vanaf het 12^e levensjaar werd het hulpverleningstraject uiteengehaald in fasen (episodes) en gebeurtenissen (een doorverwijzing). Er werd ook nota genomen van fasen en gebeurtenissen voordien.

¹ Tonuso biedt een ambulant en residentieel aanbod voor jongeren in een problematische opvoedingssituatie en deed dienst als MFC van 2010 tot 2012.

Een fase omschrijft de periode dat een jongere wordt ondersteund door één voorziening. Eventuele onderbrekingen in die fasen (tijdelijke doorverwijzing of complementaire zorg) werden ook meegenomen in de analyse.

Voor elke doorverwijzing naar een andere instelling (gebeurtenis) zijn we op zoek gegaan naar de opgegeven redenen. We onderscheiden:

- “logische” doorverwijzingen (e.g. verklaarbaar door het aanvatten van andere leeftijdsperiode, behoefte aan een ander type begeleiding) en
- doorverwijzingen die gemotiveerd zijn door problemen bij de jongere of in het aanbod. Vooral op de laatste doorverwijzingen zijn we meer in detail ingegaan.

Daarnaast hebben we voor elk dossier het geslacht, geboortemaand en -jaar, leeftijd, origine en domicilieadres gerapporteerd. We hebben telkens gekeken of een diagnose gesteld is en verder advies bij het verlaten van de voorziening/stoppen van begeleiding werd vermeld.

Elke dossier vormde voorwerp van een interview met hulpverleners, met als doel meer kwalitatieve duiding te krijgen bij het traject van de jongere en zijn/haar profiel.

3. Resultaten

3.1 Beschrijving van de doelgroep en het aanbod

Dit deel beschrijft het aanbod op basis van gegevens over voorzieningen in de jeugdhulpverlening, 28 beleids(ondersteunende) documenten en diepte-interviews. Er werden 20 interviews afgenomen met 25 personen in Brussel en West-Vlaams-Brabant (zie Tabel 1).

Tot Brussel behoren de volgende 19 deelgemeenten: Anderlecht, Brussel-Stad(inclusief Laken, Neder-over-Heembeek en Haren), Elsene, Etterbeek, Evere, Ganshoren, Jette, Koekelberg, Oudergem, Schaarbeek, Sint-Agatha-Berchem, Sint-Gillis, Sint-Jans-Molenbeek, Sint-Joost-ten-Node, Sint-Lambrechts-Woluwe, Sint-Pieters-Woluwe, Ukkel, Vorst, Watermaal-Bosvoorde.

Tot West-Vlaams-Brabant rekenen we: Affligem, Asse, Bever, Dilbeek, Liedekerke, Lennik, Halle, Herne, Gooik, Galmaarden, Opwijk, Pepingen, Roosdaal, Sint-Pieters-Leeuw, Ternat, Vilvoorde², Wemmel.

Tabel 1: Aantal diepte-interviews en aantal personen

	Aantal diepte- interviews	Aantal personen ^a
Algemeen Welzijnswerk	2	2
Bijzondere Jeugdbijstand	4	4
Gehandicaptenzorg	7	9
Geestelijke Gezondheidszorg	3	3
Psychiatrie	1	2
Onderwijs ^b	3	5
Tot.	20	25

Noot: ^a Sommige diepte-interviews werden afgenomen met meerdere informanten. ^b Twee interviews gebeurde met CLB's uit de regio en een interview met BuSo.

3.1.1 Kenmerken van de regio

In veel documenten wordt verwezen naar de regiokarakteristieken, als een van de determinanten waarin de jeugdhulpverlening vorm krijgt. Bij de beschrijving van de “context” wordt zowel verwezen naar populatiekenmerken als kenmerken van het aanbod. Opvallend is dat de beleidsdocumenten bij de beschrijving van die lokale contexten weinig detailanalyses maken.

3.1.1.1 Kenmerken van de bevolking

Beleidsondersteunende documenten halen aan dat zowel Brussel als Halle-Vilvoorde een grote diversiteit kent in zijn bevolkingssamenstelling:

“Er moet bijzondere aandacht worden geschonken aan de situatie in Brussel, niet alleen omwille van de extreme heterogeniteit van zijn bevolking, maar ook omwille van de linguïstische diversiteit van zijn instellingen en dienstverleningen.” (Vandenbroeck, et al., 2012, p. 26)

² Vilvoorde behoort niet tot de Westrand van Brussel. Echter, Vilvoorde wordt vaak geïntegreerd besproken doorheen de data als de arrondissement (Asse-)Halle-Vilvoorde en wordt daarom mee opgenomen in de analyses.

“Een realistisch beeld van Vlaams-Brabant schetsen is dan ook een én-én verhaal. Vlaams-Brabant is verstedelijkt én landelijk, is jong én oud, is arm én rijk.” (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 5)

“De regio Halle-Vilvoorde is heterogeen op het vlak van de bevolkingssamenstelling: een stedelijke versus agrarische bevolking, welstellend versus arm, autochtoon en internationaal, jong en oud, ...” (Steunpunt Sociale Planning, 2012, p. 16)

Vergroening

“De regio Brussel is gekenmerkt door een jonge (ingeweken en hier geboren multiculturele) bevolking, met een groot aantal jongeren (24% is -20-jarig).” (Regionale Stuurgroep IJH Brussel, 2007, p. 8)

“De verstedelijkte gebieden, de Rand, Leuven en de gemeenten daar rond, hebben een jonge bevolking. Het aantal jongeren ligt hoger dan het Vlaamse gemiddelde. Globaal gezien is er, tussen 2000 en 2004 een toename van de groep 13-17 jarigen. De sterkste groei vinden we terug in de gemeenten in de Rand.” (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 5).

“De gemeenten met het grootste aandeel minderjarigen zijn vooral te vinden tussen Brussel en Leuven en in de Brusselse zuidrand.” (Steunpunt Sociale Planning, 2010, p. 14)

Er wordt in een aantal beleids- en beleidsondersteunende documenten expliciet verwezen naar de toenemende verjonging van de bevolking in Brussel en Vlaams-Brabant (Kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en het Agentschap Jongerenwelzijn, 2009, p. 9; Steunpunt Sociale Planning, 2009, p. 23). Onder vergroening verstaat men de toename van het aantal jongeren en de daling bij de oudere groepen.

“Niet alleen neemt de totale bevolking verder toe (“city boom”). Ook wordt Brussel, anders dan de rest van Vlaanderen, geconfronteerd met een “vergroening” van de bevolking. Het aantal (jonge) kinderen neemt sterk toe en dat blijft volgens de jongste bevolkingsprognose ook in de toekomst zo.” (Grouwels, 2009, p. 7)

“In het Brussels Gewest blijven het aantal jongeren onder de 20 jaar en de actieve bevolking (20-64 jaar) lichtjes stijgen, terwijl het aantal 65-plussers daalt.” (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel Hoofdstad, 2010, p. 15)

“In heel wat Vlaams-Brabantse gemeenten is er toch een toename van het aantal jongeren, vooral in een aantal gemeenten in de rand rond Brussel en in het zuidwesten van het Hageland.” (Steunpunt Sociale Planning, 2012, p. 8)

Het Steunpunt Sociale Planning praat in dit verband over ‘de groene druk’: *“de druk van de nog-niet-actieve bevolking (0-19 jaar) op de bevolking op actieve leeftijd (20-59 jaar). Concreet geeft de groene druk aan hoeveel 0 tot 19 jarigen er in de gemeente wonen per honderd inwoners tussen 20 en 59 jaar”*. (Steunpunt Sociale Planning, 2009, p. 21)

“De groene druk is het grootst in de gemeenten rond Brussel, vooral ten zuiden (van Beersel tot Kraainem) en verder naar het noordoosten (tot Vilvoorde). Ook een aantal gemeenten rond Leuven kennen een eerder grote groene druk, net als de twee meest zuidwestelijk gelegen gemeenten (Bever en Herne) en Hoegaarden. De kleinste groene druk is er in de gemeenten van het Hageland, maar ook in Leuven en Steenokkerzeel. Het arrondissement Halle-Vilvoorde heeft met 44,5% een aandeel dat wel 5% hoger ligt dan het arrondissement Leuven. Wezembeek-Oppeem, Sint-Genesius-Rode, Linkebeek en Vilvoorde hebben een groene druk van meer dan 50, wat wil zeggen dat het aandeel jongeren meer dan de helft bedraagt van de bevolking op actieve leeftijd.” (Steunpunt Sociale Planning, 2009, p. 21)

“In Vilvoorde en Machelen en in de zuidostrand van Brussel is de nog niet actieve bevolking erg groot t.o.v. de bevolking op actieve leeftijd. In deze gemeenten is er voor elke 2 inwoners op actieve leeftijd ongeveer 1 jongere inwoner. In Leuven en vele gemeenten in het Hageland (Begijnendijk, Aarschot, Scherpenheuvel-Zichem, Diest, Kortenaken, Zoutleeuw, Landen en Tienen) is de groene druk zeer laag. Er zijn nog geen 40 jongeren per 100 inwoners op actieve leeftijd. In enkele andere gemeenten in de rand rond Brussel (Wemmel, Asse, Sint-Pieters-Leeuw, Drogenbos, Kraainem en Zaventem), in de rand rond Leuven (voortal ten westen, namelijk in Herent, Bertem, Huldenberg, Oud-Heverlee en Holsbeek) en in Hoegaarden, Herne en Bever is de groene druk ook eerder groot. De groene druk is met andere woorden vooral groot in de suburbane gemeenten rond de twee grotere steden (Brussel en Leuven).” (Steunpunt Sociale Planning, 2010, p. 17)

Sociaal-economische situatie

Zowel voor Brussel als de rand (voornamelijk Vilvoorde) wordt verwezen naar risicofactoren voor de jongeren op basis van de sociaal-economische situatie (Grouwels, 2009; Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007).

“In Brussel Hoofdstedelijk gewest scoort een groot deel van de bevolking hoog op tal van risicofactoren als laag opleidingsniveau, slechte huisvesting, laag inkomen en werkloosheid, lage gezondheid, armoede en bestaansonzekerheid. Het is niet alleen een algemeen probleem maar ook significant aanwezig bij de jonge en minderjarige bevolking. Verschillende risicofactoren hebben een “multiplicatoreffect”: armoede, woonproblematiek, taalaanbod in de leefomgeving, werkloosheid, (lage) opleiding van ouders, alleenstaande ouders, digitale achterstelling, gezondheidsrisico's. Deze context beïnvloedt de ontwikkeling van kinderen, hun zelfbeleving, en het weinig of geen toekomstperspectieven en keuzes hebben.” (Regionale Stuurgroep IJH Brussel, 2007, p. 17)

“Meer dan een op de vier Brusselaars leeft onder de armoederisicogrens en het aantal mensen met een leefloon of met een gehandicaptenuitkering blijft stijgen. De werkloosheid blijft hoog, in het bijzonder bij de jongeren. Hoewel een groot deel van de bevolking in sociaal moeilijke omstandigheden leeft, trekt het Gewest ook hooggeschoolde jongvolwassenen aan.” (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel Hoofdstad, 2010, p. 26)

“De situatie van heel veel jongeren in de Rand ziet er duidelijk precair uit. De populatie is jong en er wonen zeer veel niet-Belgen uit de lage inkomenslanden. De welvaartsindex is er relatief laag en alle risicofactoren (kansarm geboren kinderen, jonge leefloners, alleenstaande ouders, jongeren met een WIGW-statuuut of ten laste van iemand met dit statuut,

laaggeschoolde jonge werklozen, leerlingen die behoren tot de risicogroep voor schooluitval en jongeren die begeleid worden in de bijzondere jeugdbijstand) scoren hoog. Probleemgemeenten bij uitstek zijn Vilvoorde en Machelen.” (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 9)

Multiculturele omgeving

Zowel Brussel als Vlaams-Brabant worden beschreven als multiculturele regio's. Een groot deel van de bevolking zijn jongeren met een niet-westerse culturele achtergrond. Migratie houdt aan (Regionale Stuurgroep IJH Brussel, 2007, p. 17).

“Brussel blijft internationaliseren en cultureel steeds verder diversifiëren, als resultaat van de stijgende buitenlandse migratie.” (Regionale Stuurgroep IJH Brussel, 2007, p. 9).

“Vlaams-Brabant kent een groot aantal allochtonen. De niet-Belgen wonen vooral in de Rand en het centrum van de provincie.” (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 7)

“Gegevens over de culturele achtergrond van het gezin van leerlingen uit het Brusselse onderwijs tonen aan dat er in de voorbije 10 jaar een duidelijke afname van leerlingen met een westerse culturele achtergrond is. We stellen een toenemende diversiteit vast.” (Regionale Stuurgroep IJH Brussel, 2007, p. 10)

Het Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel stelt vast dat meer dan een vierde van de Brusselse bevolking een vreemde nationaliteit heeft en dat het aantal nationaliteiten zeer divers is. Bovendien is er een verschil tussen nationaliteit en land van oorsprong: de Marokkaanse en Turkse nationaliteit daalt als gevolg van naturalisaties van de nieuwe generatie.

“Op 1 januari 2008 telde het Brussels Gewest officieel 28,1 % inwoners met een vreemde nationaliteit. Dit percentage stijgt jaarlijks lichtjes sinds 2001. De grootste stijging stellen we vast bij mensen uit een land van de Europese Unie (EU27). Op 1 januari 2008 vertegenwoordigden zij 61,6 % van de Brusselse niet-Belgische bevolking. Het aantal personen met de Marokkaanse en Turkse nationaliteit blijft dalen, voornamelijk als gevolg van het verkrijgen van de Belgische nationaliteit voor de nieuwe generaties.” (Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel Hoofdstad, 2010, p. 17)

Het steunpunt sociale planning legt het verband tussen nationaliteiten sociaal-economische situatie. Het arrondissement Asse-Halle-Vilvoorde heeft een ander sociaal-economisch profiel dan andere subregio's (Steunpunt Sociale Planning, 2012, p. 9).

“De zuid-ooststrand van Brussel wordt gekenmerkt door een zeer groot aandeel van de bevolking die niet de Belgische nationaliteit heeft. In Tervuren en Kraainem is dit aandeel zelf groter dan 25%. Wat echter opvalt is dat in deze gemeenten meer dan 90 % van de niet-Belgische bevolking de nationaliteit heeft van een EU-land of een ander OESO-land met een hoog welvaartsniveau. Dit laatste is ook het geval in Linkebeek, Overijse, Wezembeek-Oppem en Keerbergen, al is hier het aandeel van de bevolking met niet-Belgische nationaliteit wel wat kleiner. In steden als Tienen, Asse, Diest, Leuven, Vilvoorde en Halle en in Machelen heeft daarentegen bijna de helft van de niet-Belgen een nationaliteit van een land dat niet tot de

EU of de OESO-landen met een hoog welvaartsniveau behoort.” (Steunpunt Sociale Planning, 2010, p. 23)

Anders- en of meertaligheid

Het beleidsplan van IJH Brussel meldt een opmars van anderstalige gezinnen.

“Wat de taalsituatie thuis betreft komen leerlingen uit het Brussels Nederlandstalig onderwijs minder en minder uit een homogeen Nederlandstalig gezin. Vooral het aandeel homogeen anderstalige gezinnen is het sterkst toegenomen.” (Regionale Stuurgroep IJH Brussel, 2007, p. 11)

Voor de provincie Vlaams-Brabant rapporteert het Steunpunt Sociale Planning een groot aantal anderstaligen in de rand rond Brussel en koppelt dat aan het gebruik van het zorgaanbod.

“In de rand rond Brussel zijn er bijvoorbeeld veel anderstaligen en is het voorzieningenaanbod eerder klein, zodat doorverwijzing minder efficiënt kan gebeuren.” (Steunpunt Sociale Planning, 2010a, p. 20)

De thuistaal is voor 20% van de gezinnen Frans- of anderstalig in de steden Drogenbos, Linkebeek en Wezembeek-Oppeem. In Vilvoorde en Machelen wonen veel inwoners die een andere taal spreken dan Nederlands of Frans.

“Op basis van deze indicator kunnen we in de provincie drie delen onderscheiden. Het Hageland en het Pajottenland zijn twee regio's met slechts een klein aandeel kinderen waarvan de thuistaal niet het Nederlands is bij de geboorte. Daartegenover staat de rand rond Brussel (vooral ten oosten en ten zuiden) en Leuven, waar het aandeel (veel) hoger ligt. De hoogste cijfers in het arrondissement Leuven vinden we in Tervuren (52%) en Leuven zelf (23%). In de rand rond Brussel zijn er zelfs drie gemeenten met meer dan 80% thuistaal-niet-Nederlands bij de pasgeborenen: Drogenbos (90% van 50 geboorten), Linkebeek en Wezembeek-Oppeem. Wanneer de thuistaal niet het Nederlands is, gaat het overwegend om Franstaligen (de helft tot drie vierde), uitgezonderd in Leuven, Diest en Tienen. Ook in Vilvoorde en Machelen zijn er veel anderstaligen die een andere taal dan het Frans spreken.” (Steunpunt Sociale Planning, 2009, p. 30)

Verhuisbeweging van Brussel naar rand

Tijdens de interviews wordt meermaals de uitwijking van de Brusselse populatie naar de rand aangehaald met gevolgen voor het zorgaanbod.

Volgens informanten van een CLB en een thuisbegeleidingsdienst van Bijzondere Jeugdbijstand uit regio West-Vlaams-Brabant komen steeds meer Nederlands-, Frans- en anderstalige gezinnen in de rand rond Brussel wonen (zelfs tot met de grens Oost-Vlaanderen in Opwijk) om de typisch Brusselse problematieken te ontlopen. Ook de kostprijs van het wonen in Brussel veroorzaakt deze verhuisbeweging.

Kenmerken van de bevolking samengevat

- Brussel en Vlaams-Brabant worden gekenmerkt door een toenemende verjonging van de bevolking.
- Deze regio's zijn gekenmerkt door een bevolking en jongeren met sociaal-economische risicofactoren.
- Zowel Brussel als Vlaams-Brabant worden beschreven als multiculturele regio's. Een groot deel van de bevolking is van niet Belgische origine met een niet-Westerse culturele achtergrond. Migratie houdt aan.
- Nederlandstalige jongeren in Brussel en Brusselse rand komen steeds minder uit een homogeen Nederlandstalige achtergrond.
- Er wordt gewezen op de uitwijking van ook een anderstalige Brusselse populatie naar de rand wat gevolgen heeft voor het zorgaanbod.

3.1.1.2 Karakteristieken van het aanbod van jeugdhulpverlening

Informatie over het aanbod in Brussel en arrondissement Asse-Halle-Vilvoorde is voornamelijk teruggevonden in de beleidsplannen van Integrale Jeugdhulp, de rapporten van Steunpunt Sociale Planning van Vlaams-Brabant en Observatorium voor Gezondheid en Welzijn Brussel.

Politiek institutionele context

Brussel is gekenmerkt door complexe beleidsstructuren, die bovendien door de bicommunautaire bevoegdheden nog complexer is dan de al complexe bevoegdheidsverdeling tussen Vlaanderen en het Federale niveau.

“De regio Brussel heeft een bijzonder institutioneel kader: de regio is een eigen gewest, er is een Vlaamse en Franse Gemeenschap, er zijn 19 gemeenten en vooral openbare instellingen die bicommunautair aangestuurd worden. Dit institutionele kader zorgt voor bestuurlijk bijkomende problemen, bekeken vanuit en met effect op het cliëntperspectief: afstemming en programmatie, legistieke context (regelgeving), rechtenperspectief.” (Regionale Stuurgroep IJH Brussel, 2007, p. 17)

“Vandaag worden we in Brussel geconfronteerd met een versnippering van bevoegdheden over verschillende bestuursniveaus. Zowel Europa, de federale overheid, de Vlaamse Gemeenschap, de Franse Gemeenschap, het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, de Franse Gemeenschapscommissie (COCOF) en de VGC als de 19 gemeentebesturen dragen verantwoordelijkheid voor het beleidsdomeinen of deelaspecten ervan. Het is nodig daarover afspraken te maken en de mogelijke impact van door de andere bevoegde overheden ontwikkeld beleid op de Brusselse realiteit tijdig in te schatten en proactief op te volgen.” (Grouwels, 2009, p. 9)

“Ook op het beleidsniveau botsen we op stoorzenders. Bevoegdheden zijn versnipperd: geestelijke gezondheidszorg is deels federale, deels Vlaamse materie. Jeugdhulp ligt verspreid over diverse beleidsterreinen: welzijn, onderwijs, sociale zaken en justitie. En vaak ontbreekt een eenduidige en globale beleidsvisie. Bij een beleidsingreep in één bepaalde sector heeft men te weinig oog voor consequenties op andere hulpverleningsgebieden. Deelaspecten van

de zorg worden soms wel versterkt, maar een globale aanpak, een globale visie op zorg voor kinderen en jongeren ontbreekt.” (Kinderrechtencommissariaat, 2011, p. 3)

Tweetalige hulpverlening

“Er moet bijzondere aandacht worden geschonken aan de situatie in Brussel, niet alleen omwille van de extreme heterogeniteit van zijn bevolking, maar ook omwille van de linguïstische diversiteit van zijn instellingen en dienstverleningen.” (Vandenbroeck, et al., 2012, p. 26)

Als gevolg van die politiek institutionele structuur bestaat in Brussel zowel een Nederlandstalig, Franstalig als bicommunautair aanbod in de jeugdhulpverlening, waarvan het Franstalig aanbod het grootst zou zijn.

“Typisch is de aanwezigheid op zich van de bicommunautaire en Franstalige hulpverlening.” (Regionale Stuurgroep IJH Brussel, 2007, p. 24)

“Wanneer we een globale vergelijking tussen het Nederlandstalige, Franstalige en tweetalige aanbod maken, kunnen we stellen dat het Franstalige aanbod veel groter is, meer verspreid is over de ganse regio en een groter aandeel laagdrempelige diensten heeft.” (Regionale Stuurgroep IJH Brussel, 2007, p. 19)

“De Vlaamse Gemeenschap hanteert een Brusselnorm van 30% voor de programmatie van het aanbod binnen het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad. Dit betekent momenteel dat 300.000 Brusselaars als het doelpubliek voor het Vlaamse beleid worden beschouwd. De Vlaamse voorzieningen stellen zich open voor alle bewoners van de stad en voor de gebruikers ervan zoals Vlaamse pendelaars, de Vlamingen uit de rand,” (Regionale Stuurgroep IJH Brussel, 2007, p. 19)

Er stellen zich bovendien bijzondere problemen door de organisatie van gerechtelijke arrondissementen voor jongeren die in de Bijzondere Jeugdbijstand terecht komen.

“Vlaams-Brabant is, samen met het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, in de organisatie van de BJB een buitenbeentje. Zo bestrijkt het gerechtelijk arrondissement Brussel-Halle-Vilvoorde zowel Brussel (Brussels Hoofdstedelijk gewest) als het arrondissement Halle-Vilvoorde. Beide regio's hebben een verschillende regelgeving. Franstalige gezinnen die in Halle-Vilvoorde wonen of waarvan de kinderen er school lopen, kunnen kiezen voor een Franstalige procedure, waarbij Nederlandstalige consulenten van de Sociale dienst van de Jeugdrechtbank moeten samenwerken met Franstalige jeugdrechters.” (Steunpunt Sociale Planning, 2012, p. 53)

Het zorgaanbod

In dit deel vatten we vooral de commentaren samen die betrekking hebben op de organisatie van het zorgaanbod (voor een globale inventaris zie Bijlage 1, 2 en 3). Bij de commentaren in de rapporten springen twee aspecten in het oog: het regio-overschrijdend werken en de vele overlegstructuren.

Regio-overschrijdend werkingsgebied van voorzieningen

Het werkingsgebied van de jeugdhulpverlening in Brussel staat in wisselwerking met die in Vlaams-Brabant :

“Het werkingsgebied van voorzieningen is niet uitsluitend Brussel (of één of meerdere van de 19 gemeenten), maar kan ook Brussel-Halle-Vilvoorde, Brussel-Vlaams Brabant of een nog ruimer gebied omvatten.” (Regionale Stuurgroep IJH Brussel, 2007, p. 21)

“Nagenoeg alle voorzieningen in Brussel hebben een werkingsgebied en/of een aanzienlijk deel cliënten uit de Rand.” (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 15)

“Een aantal voorzieningen in Halle-Vilvoorde heeft ook een werking in Brussel, en vice versa, waardoor samenwerking met deze regio een noodzaak blijft.” (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 17)

Overlegstructuren

De Nederlandstalige jeugdhulpverlening in Brussel heeft verschillende overlegstructuren:

“Kenmerkend voor het Brussels Nederlandstalig werkveld is een grote traditie op het gebied van overleg. Zo bestond er al voor de komst van de integrale jeugdhulp het Brussels Overleg Jeugdzorg, een intersectoraal overleg van alle jeugdhulp en belendende sectoren. Er bestaat nog steeds een Brusselse intervisie kinderen en adolescenten (BIKA) en een Forum Kindermishandeling.” (Regionale Stuurgroep IJH Brussel, 2007, p. 21)

Karakteristieken van het aanbod van jeugdhulpverlening samengevat

- De bicommunautaire bevoegdheden maken de organisatie van zorg in Brussel nog complexer dan in andere regio's.
- In Brussel bestaat zowel een Nederlandstalig, een bicommunautair, maar voornamelijk een Franstalig aanbod van de jeugdhulpverlening.
- De organisatie van de gerechtelijke arrondissementen in regio Brussel en Vlaams-Brabant bemoeilijkt de werking in de sector Bijzondere Jeugdbijstand.
- Het werkingsgebied van de jeugdhulpverlening in Brussel en Vlaams-Brabant strekt zich uit tot buiten zijn regio.

3.1.2 De jongeren in de jeugdhulpverlening in de regio

We focussen in dit deel op de bestaande kennis over het cliënteel in de jeugdhulpverlening in Brussel en arrondissement Asse-Halle-Vilvoorde. IJH Brussel typeert hun cliënteel als volgt:

“Er is een zeer specifiek en heterogeen doelpubliek in de regio aanwezig of vanuit de rand afkomstig, met bijzondere kenmerken: zeer jong, meertalig, zeer divers en multicultureel, zeer mobiel, vaak uit het buitenland geïmmigreerd, illegaal en kansarm, met verschillende cumulerende risicofactoren.” (Regionale Stuurgroep IJH Brussel, 2007, p. 33)

“Op basis van de bevolkingscijfers kunnen we stellen dat het aantal kinderen en jongeren, als potentieel doelpubliek toeneemt. In 2006 bedroeg het aandeel van de 0 tot 17-jarigen ten opzichte van de totale bevolking 21,75%, en steeg nog ten opzichte van 2004.” (Regionale Stuurgroep IJH Brussel, 2007, p. 18)

Leeftijd

Jongeren in Brussel en Vlaams-Brabant blijken steeds op vroegere leeftijd in contact te komen met jeugdhulpverlening.

“Er is een relevante leeftijdsverlaging bij de doelgroep.” (Regionale Stuurgroep IJH Brussel, 2007, p. 23)

“De cliënten zijn jonger (-12 jaar).” (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 15)

“Cijfers van het Agentschap Jongerenwelzijn leren ons dat het aantal jongeren in de jeugdhulp sinds 2000 met 65% steeg. In 2009 zaten 24.422 jongeren in de bijzondere jeugdzorg. Ongeveer een derde van de jongeren is jonger dan 10 jaar.”

(Kinderrechtencommissariaat, 2010, p. 2)

Voor de sector Bijzondere Jeugdbijstand en Gehandicaptenzorg wijzen beleidsondersteunende documenten erop dat het aantal minderjarigen evenredig stijgt met de bevolkingsevolutie.

“Het aantal minderjarigen in de Bijzondere Jeugdzorg blijft stijgen en dit is niet louter te verklaren door de evolutie van de jongerenbevolking.” (Kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en het Agentschap Jongerenwelzijn, 2009, p. 9)

“18,7% van de personen met een handicap is jonger dan 18 jaar.” (Steunpunt Sociale Planning, 2010a, p. 23)

Het Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg (KCE) stelt vast, in een rapport dat zich niet toespitst op Brussel en de Vlaamse rand, dat vooral jongeren tussen 12-15 jaar in spoedeisende psychiatrische hulp terecht komen:

“De meeste kinderen die bij de spoedeisende psychiatrische hulp terechtkomen, zijn tussen 6 en 18 jaar oud, waarbij een concentratie wordt vastgesteld van jonge adolescenten tussen 12 en 15 jaar.” (Deboutte, Smet, Walraven, Janssens, Obyn, & Leys, 2010, p. v)

Hoewel niet iedere geïnterviewde systematisch een relatie kon leggen tussen leeftijd en probleem van de jongere, worden wel indicaties gegeven van type problemen die opduiken door de geïnterviewden.

De jongeren met een gedrags- en emotionele problematiek zouden vooral pubers van 11 tot 14 jaar zijn.

Ook bij jongeren met een ernstige tot matige verstandelijke handicap in combinatie met een GES blijkt een grote groep 12-jarigen te zijn. Niettemin merkt men een onverklaarbare stijging in het aantal 17-18jarigen in deze doelgroep.

Als Misdaad omschreven feiten komen eerder voor bij pubers 12-15 jaar. Een drugproblematiek ziet men voornamelijk bij 16 tot 18 jarigen en jongvolwassenen.

Geestelijke gezondheidsproblemen treden vaak op bij adolescenten van 16-18 jaar.

Bij het crisismeldpunt van CAW Brussel ziet men voornamelijk jongeren tussen van 12-13 jaar (omwille van problemen gerelateerd aan overgang van het lager naar het middelbaar onderwijs) en jongeren van 17 jaar (die voornamelijk uit Bijzondere Jeugdbijstand komen).

Gender

Beleidsdocumenten verwijzen nauwelijks naar de mogelijke behoeften- en of gebruiksverschillen naar gender. Er wordt op gewezen dat er in de instellingen voor personen met een handicap en in de Bijzondere Jeugdzorg meer jongens dan meisjes verblijven.

“18,7% van de personen met een handicap is jonger dan 18 jaar. Erg opvallend is het verschil tussen mannen en vrouwen. Tot de leeftijd van 18 jaar zijn er meer dan dubbel zoveel jongens met een handicap dan meisjes.” (Steunpunt Sociale Planning, 2010a, p. 23)

“Er is een overwicht van jongens in de Bijzondere Jeugdzorg, [...]. In 2009 vormden jongens 55,4 procent en meisjes 44,6 procent van de totale populatie van de Bijzondere Jeugdzorg.” (ad-hoccommissie Jeugdzorg, 2011, p. 14)

Het KCE meldt op basis van internationaal onderzoek dat emotionele stoornissen en autodestructief gedrag meer meisjes treffen en gedragsproblemen en agressie voornamelijk jongens:

“Adolescenten die autodestructief zijn of emotionele stoornissen vertonen zijn meestal meisjes, terwijl gedragsproblemen en agressie meestal bij jongens voorkomen (depressie).” (Deboutte, Smet, Walraven, Janssens, Obyn, & Leys, 2010, p. v)

Tijdens de diepte-interviews wordt veel meer verwezen naar jongens dan naar meisjes.

In residentiële voorzieningen worden voornamelijk jongens aangemeld. (Dit geldt ook voor de opkomende groep van niet-begeleide-buitenlandse minderjarigen.)

De volgende problemen komen meer voor bij jongens:

- gedragsproblemen
- gedrags- en emotionele stoornissen (GES) al dan niet in combinatie met lichte tot matige verstandelijke handicap
- paranoïde functioneren
- ADHD
- criminele feiten

Meisjes zouden eerder kampen met internaliserende problemen (e.g. depressiviteit) dan externaliserende problemen, wat vooral bij jongens het geval is.

Psychiatrische problemen zoals hechtingsstoornissen, automutilatie, suïcideneiging, angstpsychosen en hechtingsstoornissen komen zowel bij jongens als meisjes voor.

Niet-Belgische origine

De beleidsdocumenten gaan niet in op de vraag of de behoeften en zorgprofielen verschillen naargelang land van oorsprong en afkomst, ondanks het feit dat een groot deel van de doelgroep in Brussel van niet-Belgische origine is en dat er op basis van de ervaring van de hulpverleners indicaties zijn dat dit bijzondere problemen met zich meebrengt.

“De doelgroep omvat meer en meer cliënten met een niet-westerse achtergrond.” (Regionale Stuurgroep IJH Brussel, 2007, p. 23)

IJH Vlaams-Brabant koppelt de niet-Belgische afkomst met schoolachterstand en werkgelegenheidsproblemen.

“In de Rand zijn heel wat problemen gekoppeld aan de aanwezigheid van jongeren van verschillende vreemde nationaliteiten. Deze jongeren lopen een verhoogd risico op schoolachterstand en hebben vaak minder kansen om werk te vinden.” (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 9)

In de Bijzondere Jeugdbijstand in Vlaams-Brabant merkt men een toename van de niet-begeleide buitenlandse minderjarigen (NBBM). Deze toename van NBBM merkt men ook in een opvang- en begeleidingscentrum en crisismeldpunt van het CAW tijdens de interviews.

“Door het Overlegplatform Bijzondere Jeugdbijstand Vlaams-Brabant werden volgende knelpunten opgelijst: Er is een toenemende interculturaliteit door de aanwezigheid van niet-begeleide minderjarigen in de voorzieningen en een toename van jongeren met verschillende culturele achtergronden.” (Steunpunt Sociale Planning, 2012, p. 51)

Tijdens de interviews met sleutelinformanten uit Brusselse voorzieningen wijst men op de toename van bepaalde nationaliteiten in bepaalde voorzieningen.

CGG Brussel merkt een opvallende stijging van Oost-Europeanen. In het de BuSo type 3 in Brussel zien de geïnterviewden een groot aandeel Marokkaanse jongeren (voornamelijk 2^e en 3^e generatie), en een grote opmars van de eerste generatie Roma's.

In de doelgroep NBBM merkt men vooral een toevloed van Afghaanse jongens.

Bij een CAW te Brussel merkt men een groot aandeel jongeren uit Zwart-Afrika.

Met uitzondering van de regio Halle-Vilvoorde, wordt bij de interviews met voorzieningen in West-Vlaams-Brabant gewezen op een mogelijk drempel voor toegang tot de voorzieningen bij personen van niet-Belgische afkomst. Er is wel een toestroom van jongeren van vreemde origine, maar de meerderheid blijven jongeren van Belgische afkomst. In Halle-Vilvoorde ligt het aandeel van jongeren van niet-Belgische afkomst echter aanzienlijk hoger.

Er wordt in de interviews ook op gewezen dat Jongeren uit Zwart-Afrika, voornamelijk op hun eigen gemeenschap terug vallen, terwijl jongeren van Marokkaanse origine bij problemen makkelijker contact zoeken met leerkrachten of psychologen in een school. Roma stellen zelf geen vraag naar hulp. Specifiek voor de sector psychiatrie in het Brusselse zouden jongeren met een niet-Westerse achtergrond steeds meer hun weg vinden in deze sector, zij het dat er opvallend minder jongeren van niet-Belgische afkomst opduiken in residentieel verblijf.

De behoefte aan laagdrempelige hulp zou volgens een CAW te Brussel veel groter zijn bij de 'Vlaamse Brusselaars', dan voor jongeren met een niet-Westerse achtergrond. Deze laatste gaan meer shoppen in de hulpverlening dan jongeren van Vlaamse origine (die meer beroep doen op online hulpverlening).

Anders en/of meertaligheid

We hebben in het vorige deel al beschreven dat de taalgemengdheid een sociologische realiteit is in Brussel. In Brussel is Nederlands vaak niet de moedertaal van de jongeren.

“De doelgroep bestaat in toenemende mate uit anderstalige, Franstalige en taalgemengde gezinnen van allochtone oorsprong (met een differentiatie naar leeftijdsklasse), omwille van een grote buitenlandse immigratie naar Brussel.” (Regionale Stuurgroep IJH Brussel, 2007, p. 17).

“Er is een meertalig cliënteel ten opzichte van een Nederlandstalig/Franstalig aanbod.” (Regionale Stuurgroep IJH Brussel, 2007).

In Vlaams-Brabant is een groot deel van de jongeren Franstalig, voornamelijk in Halle-Vilvoorde.

Bovendien zijn heel wat leerlingen, voornamelijk in Halle-Vilvoorde, Franstalig. Zij kunnen moeilijker terecht in de Nederlandstalige hulpverlening.” (Steunpunt Sociale Planning, 2010, p. 78)

In CAW's van Vlaams-Brabant wordt een toenemende anderstaligheid bij cliënten vastgesteld. Het is echter niet duidelijk in welke mate het over het jongere publiek gaat.

“De CAW's in de Rand (60% van het cliënteel in CAW Vilvoorde is anderstalig) en aan de taalgrens (Halle en Tienen) signaleren een groeiend aantal anderstalige cliënten.” (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 11)

De Frans- of anderstaligheid bij jongeren en hun gezin wordt in de interviews dikwijls als probleem aangekaart.

In Brussel stelt zich het probleem vooral bij de jongeren zelf, in West-Vlaams-Brabant eerder bij de ouders in tegenstelling tot de jongeren die vaak voldoende Nederlands kennen.

In West-Vlaams-Brabant zijn er steeds meer Franstalige jongeren (zowel van Belgische als vreemde origine) onder meer door een groeiende uitstroom van Brussel naar de rand.

In de BuSo type 3 school te Brussel, kennen jongeren vaak geen Nederlands of Frans, wat het lesgeven bemoeilijkt.

Gedrags- en agressieproblemen

In het rapport van IJH Vlaams-Brabant is sprake van een stijgende agressie- en gedragsproblematiek:

“De cliënten zijn jonger (-12 jaar) en vertonen meer agressie en gedragsproblemen.” (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 15)

Er worden indicaties gegeven van een toenemend aantal jongeren met ernstige of emotionele gedragsproblemen in scholen en in BuSo type 3.

“De beleidscel Onderwijs en Welzijn stelt vast dat zowel in het lager als in het secundair buitengewoon onderwijs het aantal leerlingen in type 3 (ernstige en/of emotionele gedragsproblemen) over een periode van tien jaar sterk is toegenomen, terwijl het aantal

leerlingen in andere types van het buitengewoon onderwijs stabiel blijft, licht toeneemt of afneemt, met uitzondering van type 7, dat spectaculair stijgt.” (ad-hoccommissie Jeugdzorg, 2011, p. 26)

“De problematiek van leerlingen met ernstige gedrags- en emotionele problemen, met een psychiatrische stoornis, in problematische opvoedingssituaties, is daarbij kenmerkend. De problemen manifesteren zich in de scholen, maar ook daarbuiten. In dit rapport wordt ook aangegeven dat het aandeel van de leerlingen met een attest type 3 dat gekend is bij een Comité voor Bijzondere Jeugdzorg of bij de sociale dienst van de jeugdrechtbank varieert van 16% tot 75%.” (Stuurgroep o.l.v. Minister van Onderwijs en Jeugd en de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2012b, p. 20)

“Voor jongeren met ernstige gedragsproblemen is het erg moeilijk een engagement van een school en een geschikt schoolaanbod te vinden. Bij deze jongeren doet er zich vaak een discrepantie voor tussen cognitieve intelligentie en sociaal-emotioneel functioneren (o.a. door ernstige hechtingsstoornissen), wat schools inschalen bemoeilijkt. Deze jongeren hebben ook nood aan meer individuele ondersteuning in het klasgebeuren dan regulier kan worden geboden. Ook is er nood aan meer flexibel kunnen inzetten van schoolse activiteiten, afgewisseld met andere vormen van dagbesteding. Naast het vinden van een geschikte school is ook het vervoer naar de school voor jongeren met ernstige gedragsproblemen een belemmerende factor (onveilige situatie om een jongere zonder extra begeleiding te vervoeren).” (Stuurgroep o.l.v. Minister van Onderwijs en Jeugd en de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2012b, p. 25)

Ernstige gedrags- en agressieproblemen worden het meeste besproken in de interviews met informanten uit MPI's en de BuSo type 3 school. Deze jongeren creëren door hun gedrag een onveilig klimaat voor zichzelf en hun omgeving.

Geïnterviewden halen verschillende redenen aan waarom ernstige (niet omschreven) gedragsproblemen en agressie (overwegend jongens) voorkomen op school of in residentiële voorzieningen.

Agressieproblemen op school ontstaan dikwijls door het feit dat jongeren de voltijdse dagstructuur niet aankunnen.

Gedrags- en agressieproblemen zijn vaak te kaderen binnen een ontwikkelingsstoornis (ADHD, ODD en autisme), een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis, een verstandelijke beperking of niet-gediagnosticeerde psychiatrische stoornissen. Niettemin is het moeilijk te bepalen of agressief gedrag een oorzaak of een gevolg is van een bepaald probleem, dat niet onmiddellijk wordt geïdentificeerd (POS, psychologische/(niet-gediagnosticeerde) psychiatrische problematiek, ...).

Agressieproblemen kunnen in de hand gewerkt worden wanneer een voorziening organisatorische veranderingen ondergaat: dan treedt meer onrust op in de voorziening maar ook bij de jongere, waardoor geweld ontstaat.

In de interviews wordt ook gewezen op 'lichtere' gedragsproblemen op school of daarbuiten.

Veel leerlingen uiten moeilijk gedrag zoals arrogante praat, opmerkingen maken, uitvliegen, onbeleefdheid, pestgedrag, emotionele en woede-uitbarstingen. Deze gedragingen zijn vaak te kaderen in hun opvoedingssituatie, maar hoeven daarom geen ernstige problematische opvoedingssituaties te zijn.

Psychische en psychiatrische problemen

In de beleidsdocumenten wordt niet expliciet verwezen naar psychische en/of psychiatrische problematiek bij jongeren. Beleidsondersteunende documenten verwijzen wel naar de ernst en toename van deze problemen. Ook in de interviews worden psychische problemen veel vermeld.

“Meer dan 1/5 van de minderjarigen heeft psychische/psychiatrische problemen bij 6 à 7% is dit dermate ernstig dat gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg nodig is.” (Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, 2011, p. 10)

“Er wordt aangenomen dat in België het aantal kinderen en jongeren stijgt die een beroep doen op spoedeisende hulp omwille van psychische problemen.” (Deboutte, Smet, Walraven, Janssens, Obyn, & Leys, 2010, p. ii)

Ook in scholen merkt men deze problematiek op:

“De scholen met type 3-aanbod krijgen in toenemende mate te maken met een complexe leerlingenpopulatie. Scholen worden daardoor in hun eigen werking en in hun samenwerking met onderwijsexterne voorzieningen, uitgedaagd. Hierbij wordt ook aangegeven dat dit van scholen een zeer sterk beleidsvoerend vermogen vraagt. De problematiek van leerlingen met ernstige gedrags- en emotionele problemen, met een psychiatrische stoornis, in problematische opvoedingssituaties, is daarbij kenmerkend. De problemen manifesteren zich in de scholen, maar ook daarbuiten. In dit rapport wordt ook aangegeven dat het aandeel van de leerlingen met een attest type 3 dat gekend is bij een Comité voor Bijzondere Jeugdzorg of bij de sociale dienst van de jeugdrechtbank varieert van 16% tot 75%. Er is m.a.w. geen precieze informatie beschikbaar over het aandeel van de leerlingen die geplaatst zijn.” (Stuurgroep o.l.v. Minister van Onderwijs en Jeugd en de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2012b, p. 20)

In de interviews wordt gewezen op de impact van een brede waaier aan geestelijke gezondheidsproblemen:

- Ontwikkelingsstoornissen: pervasieve ontwikkelingsstoornissen (autisme), aandachtstekort- en gedragsstoornissen (ADHD en ODD), ticstoornissen, hechtingsstoornis (deze laatste wordt zeer vaak vermeld in interviews)
- Stemmingsstoornissen: depressie (vooral meisjes)
- Persoonlijkheidsstoornissen (voornamelijk jongens): anti-sociale persoonlijkheidsstoornis, psychotisch functioneren en interpretatief functioneren, paranoïde stoornissen in ontwikkeling, angstpsychosen
- KOPP-problematiek
- automutilatie
- suïcideneiging
- angstpsychosen

- een licht tot matige verstandelijke handicap in combinatie met een GES die overwegend een hechtingsstoornis is ofwel een autismespectrumstoornis.
- traumaverwerking
- psychologische problemen (angst, depressie) a.g.v. seksueel misbruik (meestal meisjes)
- laag zelfbeeld/eigenwaarde bij jongeren van niet-Belgische origine, al dan niet als gevolg van discriminatie

In de interviews wijst men erop dat psychiatrische stoornissen complexer en minder eenduidig worden. Geïnterviewden verwijzen in dat verband naar een 'meervoudige problematiek'. Gelijkaardige vaststellingen zijn ook gedaan in documenten

“Mentale gezondheidsproblemen lijken steeds ernstiger en complexer te zijn: Dit hangt waarschijnlijk samen met ruimere maatschappelijke ontwikkelingen.”(Vandenbroeck, et al., 2012, p. 8)

De gezinscontext (eenoudergezinnen, ouders met psychiatrische problematieken, armoede, ...) wordt door verschillende respondenten aangehaald als een belangrijke randvoorwaarde voor deze problemen.

Meervoudige problematiek

Er is overigens sprake van een toegenomen meervoudige problematiek bij de jongeren.

“Specifieke vragen in verband met meervoudige problemen vallen meestal uit de boot, door een tekort aan aanbod, of door een tekort aan afstemming en/of samenwerking.

De sectoren halen volgende problematieken aan:

- Kinderen en jongeren met een psychiatrische problematiek en gedragsproblemen;
- Kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking en gedragsproblemen;
- Kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking en psychische problemen;
- delinquente jongeren met een psychiatrische problematiek en/of een verstandelijke beperking;
- schooluitvallers. (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 15)

“Daarnaast wordt de bijzondere jeugdbijstand, zoals de meeste welzijnssectoren, geconfronteerd met steeds complexere problematieken.” (Steunpunt Sociale Planning, 2012, p. 51)

Uit de interviews blijkt echter duidelijk dat een 'meervoudige problematiek' uiteenlopend wordt ingevuld:

Meerdere geïnterviewden verwijzen naar een combinatie van een problematische opvoedingssituatie, geestelijke gezondheidsproblemen bij de ouders, psychologische/psychiatrische problemen bij de jongere en zeer vaak een gedrags- en agressieproblematiek. Anderen wijzen naar een toenemend complexiteit van psychische problemen.

In de gehandicaptenzorg is een meervoudige problematiek eerder een combinatie van een GES, verstandelijke beperking en een psychiatrische problematiek (omschreven door informanten als autisme of hechtingsstoornis).

Druggebruik

Tijdens de diepte-interviews komt druggebruik bij jongeren aan bod, zij het niet als een kernprobleem bij de doelgroep die centraal staat in dit onderzoek. Gebruikers, en zelfs dealers, zijn voornamelijk adolescenten tussen 16 en 18 jaar en jongvolwassenen. Een CAW te Brussel stelt vast dat jongeren die een spijbelproblematiek kennen ook vaak drugs gebruiken.

Problematische opvoedingssituatie

In verschillende documenten wordt verwezen naar jongeren in een problematische opvoedingssituatie (POS) (Stuurgroep o.l.v. Minister van Onderwijs en Jeugd en de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2012b, p. 20). Ook tijdens interviews wordt veelvuldig gewezen op een stijgend aantal jongeren in een POS.

“Er is een stijging van problematische opvoedingssituaties bij jonge kinderen.” (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 15)

“Tijdens het schooljaar 2010-2011 werden er 1.373 leerlingen van het basisonderwijs (0,33 % ten opzichte van de totale schoolbevolking) geregistreerd die 30 halve dagen, al dan niet opeenvolgend, problematisch afwezig waren. In het secundair onderwijs ging het om 5.893 meldingen van leerplichtige leerlingen (1,5% ten opzichte van totale schoolbevolking) en 7.962 meldingen van leerplichtige en niet-leerplichtige leerlingen¹¹ samen (1,7% ten opzichte van totale schoolbevolking). De oorzaken die scholen aanhalen voor deze afwezigheden zijn: zwakke motivatie/schoolmoeheid, laag schools welbevinden, opvoedingsonmachtige ouders en problematische gezinssituaties.” (Stuurgroep o.l.v. Minister van Onderwijs en Jeugd en de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2012b, p. 17)

“Er is een duidelijke toename in het aantal maatregelen genomen in het kader van een problematische opvoedingssituatie (POS). De maatregelen bij als misdrijf omschreven feiten (MOF) zijn relatief constant gebleven. De stijging bij POS is vooral te verklaren door de beslissingen van de jeugdrechtbanken. Inzake het vorderings- en beslissingsbeleid stellen we grote regionale verschillen vast.” (Kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en het Agentschap Jongerenwelzijn, 2009, p. 12)

In de diepte-interviews verwijst men naar situaties en omstandigheden zoals intra-familiaal geweld en criminele feiten. POS zou sterk beïnvloed zijn door een toenemend aantal echtscheidingen en eenoudergezinnen. De context en situatie van het gezin is volgens meerdere informanten een doorslaggevende factor of zelfs de oorzaak van gedrags- en psychologische problemen op school. In meerdere interviews komt de KOPP (kinderen van ouders met psychiatrische problemen) problematiek ter sprake. Vaak zorgt deze situatie voor psychologische problemen bij de jongeren en bijgevolg problemen op school. Deze jongeren zijn onder te verdelen op twee extremen: jongeren die parentificatie gedrag stellen (wat maakt dat ze liever thuis blijven om voor ouders te zorgen) of jongeren die wegluchten van huis.

Zonder dit een POS te noemen, wordt er op gewezen dat jongeren uit BuSo type 3 in Brussel vaak geen groot netwerk rond zich hebben van ouders, consulenten, thuisbegeleiding, aldus een informant.

Demotivatie

Demotivatie van jongeren komt meermaals aan bod in de interviews. Hieronder rekent men het niet gemotiveerd zijn om school te lopen, om begeleiding of hulp voort te zetten, een weigering of een gebrek aan behoefte om eigen gedrag in vraag te willen stellen. Enige motivatie is nodig om met jongeren te werken in alle sectoren van de jeugdhulpverlening.

Volgens een informant uit het crisismeldpunt CAW is demotivatie bij jongeren vooral in het begin van een aanmelding en begeleiding laag, omdat ze 'moeten' komen van ouders of school. Vaak vinden ze het ook te pijnlijk om bij een problematiek stil te staan. Jongeren vinden soms hun situatie niet problematisch en voelen zich overbeschermd en 'overgetherapeutiseerd'. Hierdoor zijn ze niet gemotiveerd om iets aan het probleem te doen.

Desalniettemin wordt ook opgemerkt in verschillende interviews dat jongeren vaak zelf een hulpvraag stellen.

Schoolgerelateerde problemen

Het doelpubliek wordt meermaals omschreven als jongeren die problemen ervaren op school. In de documenten en diepte-interviews wordt vaak de relatie gelegd met problematisch schoolgedrag en schoolvertraging en -uitval.

Problematische afwezigheden en vroegtijdige schooluitval

Beleidsdocumenten vermelden problematische afwezigheden van jongeren op school in Vlaanderen en Brussel(ad-hoccommissie Jeugdzorg, 2011, p. 24).

"De Brusselse leerplichtigen werden als bijzondere doelgroep opgenomen in het actieplan 'spijbelen en andere vormen van grensoverschrijdend gedrag'. Naast alle acties die gericht zijn naar alle schoolgaande jongeren, richt het plan zich immers ook specifiek op enkele bijzondere doelgroepen die een verhoogd risico hebben om problematisch afwezig te zijn en/of ongekwalificeerd uit te stromen. Zij vragen daarom ook om een bijzondere aanpak."
(Smet, 2012, p. 40)

"Tijdens het schooljaar 2010-2011 werden er 1.373 leerlingen van het basisonderwijs (0,33 % ten opzichte van de totale schoolbevolking) geregistreerd die 30 halve dagen, al dan niet opeenvolgend, problematisch afwezig waren. In het secundair onderwijs ging het om 5.893 meldingen van leerplichtige leerlingen (1,5% ten opzichte van totale schoolbevolking) en 7.962 meldingen van leerplichtige en niet-leerplichtige leerlingen¹¹ samen (1,7% ten opzichte van totale schoolbevolking). De oorzaken die scholen aanhalen voor deze afwezigheden zijn: zwakke motivatie/schoolmoeheid, laag schools welbevinden, opvoedingsonmachtige ouders en problematische gezinssituaties."(Stuurgroep o.l.v. Minister van Onderwijs en Jeugd en de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2012b, p. 17)

Problematische afwezigheden van school komen ter sprake in alle interviews. Verschillende oorzaken van het spijbelen worden aangehaald:

- culturele achtergrond (e.g. Roma's zijn volwassen op 16 jaar en kennen geen overgang van kind naar volwassen worden)
- criminaliteit in de thuisbuurt
- psychische of psychiatrische problemen

- gedrags- en emotionele stoornis
- gebrek aan motivatie, ook door het stereotype beeld van 'laaggeschoolde Brusselse allochtonen' die bij jongeren hun geloof in een goede toekomst ondermijnt, of door een onveilig en onrustig klimate.
- POS (incl. KOPP-problematiek)
- druggebruik
- pesten
- gebrek assertiviteit, laag zelfbeeld
- frustratie
- moeilijk aanvaarden van het gezag van leerkracht

In enkele beleidsondersteunende documenten komt vroegtijdige schooluitval aan bod.

In Vlaams-Brabant kent een hoog aantal jongeren een vroegtijdige schooluitval, voornamelijk in Vilvoorde:

“In Machelen, Vilvoorde, Halle, Diest, Tienen en Zoutleeuw loopt meer dan 20% van de leerlingen van het lager onderwijs een verhoogd risico op vroegtijdige schooluitval. De trends die zich aftekenen in het lager onderwijs, vinden we nog versterkt terug in het secundair onderwijs. De situatie in de Rand is bijzonder slecht, 35% tot 45% loopt schoolse vertraging op. Ook Leuven, Diest en Tienen hebben hoge cijfers (30% tot 35%). Geen enkele gemeente is zo problematisch als Vilvoorde, waar net niet de helft van de leerlingen in het secundair onderwijs een verhoogd risico loopt op schooluitval.” (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 8)

De vroegtijdige schooluitval komt nog meer voor in Brussel en wordt in het beleidsplan van IJH Brussel geassocieerd met niet-Europese nationaliteit.

“Het aandeel jongeren zonder diploma dat geen onderwijs of vorming meer volgt, is hoger in het BHG dan in de rest van het land. Bij alle categorieën ligt het aandeel zeer hoog bij mensen met een niet-Europese nationaliteit. In 2005 waren er 19,4% jongeren (20,4% mannen, 18,4% vrouwen) tussen 18 en 24 jaar met maximum een diploma van het lager secundair onderwijs die vroegtijdig de school verlaten hadden (zonder het einddiploma te behalen) en die geen onderwijs of vorming meer volgen. In Vlaanderen is dat slechts 10,7%, in Wallonië 14,6%.” (Regionale Stuurgroep IJH Brussel, 2007, p. 12)

Jongeren die schooluitval kennen zijn vaak diegenen met ernstige gedragsproblemen of een zeer lage motivatie (Stuurgroep o.l.v. Minister van Onderwijs en Jeugd en de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2012b, p. 25).

“Tevens sluiten deze punten aan bij de eerder aangekondigde intentie in de beleidsnota onderwijs 2009-2014 ‘Samen grenzen verleggen voor elk talent’ om de groep jongeren die - omwille van ernstige gedragsproblemen of zware demotivatie – telkens weer uit het onderwijs vallen, in kaart te brengen en om hierbij aansluitend de middelen die nu voor deze groep worden ingezet, beter aan te wenden.” (Stuurgroep o.l.v. Minister van Onderwijs en Jeugd en de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2012a, p. 9)

Er wordt ook gesteld dat schooluitval niet te eng moet gedefinieerd worden: er is ook *feitelijke* schooluitval bij jongeren die herhaald van de ene naar de andere school verhuizen omwille van onhandelbaar en agressief gedrag, maar daardoor eigenlijk ook geen schoolcarrière maken.

Schoolse vertraging/schoolachterstand

In documenten over Vlaams-Brabant wordt gewezen op schoolse vertraging/schoolachterstand, zonder expliciet de relatie te leggen met de doelgroep die centraal staat in dit rapport.

“Het aandeel jongeren met schoolse vertraging in Vlaams-Brabant loopt op tot 45%.”

(Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 15)

“In de Rand zijn heel wat problemen gelinkt aan de aanwezigheid van kinderen en jongeren van verschillende vreemde nationaliteiten. Zij leven veelal in gezinnen die anderstalig zijn. Deze kinderen en jongeren lopen een verhoogd risico op schoolachterstand en hebben vaak minder kansen op het vinden van werk.” (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 23)

“Leerlingen in het buitengewoon onderwijs en leerlingen met schoolse vertraging hebben een hoger risico op het niet voltooien van de schoolcarrière, een lagere eindkwalificatie en bijgevolg een groter risico om als volwassene een maatschappelijk zwakkere positie te bekleden. De schoolse vertraging neemt toe van het lager naar het secundair onderwijs.” (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 8)

In een document van Steunpunt Sociale Planning van Vlaams-Brabant is er sprake van een ‘risicoschoolloopbaan’ bij leerlingen, voornamelijk in regio Halle-Vilvoorde. Leerlingen met een risicoschoolloopbaan zijn: *“leerlingen die ofwel in het gewoon secundair onderwijs minstens twee jaar schoolse vertraging hebben opgelopen, ofwel in het buitengewoon secundair onderwijs of het deeltijds beroepssecundair onderwijs les volgen”* (Steunpunt Sociale Planning, 2010, p. 69)

“Ook in het secundair onderwijs hebben Tienen en Vilvoorde het grootste aandeel leerlingen met een risicoschoolloopbaan. In Vilvoorde gaat het om bijna 1 op 5 leerlingen en in Tienen om meer dan 1 leerling op 8 bij wie de schoolloopbaan een risico inhoudt voor de toekomst. In tegenstelling tot in het lager onderwijs, vormen in het secundair onderwijs de schoolse vertragingen van minstens twee jaar de grootste risicofactor in de schoolloopbaan. Dit is echter niet zo voor alle gemeenten. In Bekkevoort en Kortenaakem bijvoorbeeld vormt deze groep niet de helft van de leerlingen met een risicoschoolloopbaan. We kunnen ook in het secundair onderwijs vaststellen dat het aandeel van de leerlingen met schoolse vertraging in de rand rond Brussel groter is dan in het Hageland. Net als in het lager onderwijs zal anderstaligheid hierin een belangrijke rol spelen. De andere gemeenten met een eerder groot aandeel leerlingen met een risicoschoolloopbaan vinden we vooral terug in de rand rond Brussel, maar ook in het zuiden van het Hageland. Daarnaast behoren ook een aantal stedelijke gemeenten, zoals Leuven, Aarschot, Diest, Halle en Liedekerke nog tot deze groep.” (Steunpunt Sociale Planning, 2010, p. 69)

Onaangepast schoolaanbod

Er wordt op gewezen dat jongeren met ernstige gedragsproblemen en een aantal jongeren uit residentiële voorzieningen geen gepast schoolaanbod vinden (Stuurgroep o.l.v. Minister van Onderwijs en Jeugd en de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2012a, p. 9).

“Voor jongeren met ernstige gedragsproblemen is het erg moeilijk een engagement van een school en een geschikt schoolaanbod te vinden. Bij deze jongeren doet er zich vaak een discrepantie voor tussen cognitieve intelligentie en sociaal-emotioneel functioneren (o.a. door ernstige hechtingsstoornissen), wat schools inschalen bemoeilijkt. Deze jongeren hebben ook nood aan meer individuele ondersteuning in het klasgebeuren dan regulier kan worden geboden. Ook is er nood aan meer flexibel kunnen inzetten van schoolse activiteiten, afgewisseld met andere vormen van dagbesteding. Naast het vinden van een geschikte school is ook het vervoer naar de school voor jongeren met ernstige gedragsproblemen een belemmerende factor (onveilige situatie om een jongere zonder extra begeleiding te vervoeren).”(Stuurgroep o.l.v. Minister van Onderwijs en Jeugd en de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2012b, p. 25)

“79,1% van de jongeren die in residentiële voorzieningen zijn opgenomen, gaat naar school. De voorzieningen stellen dat het overgrote deel van de jongeren dat nu niet naar school gaat in principe naar school zou kunnen gaan, maar dat is niet kwantificeerbaar. Indien we jongeren voor wie er een structureel aanbod voorzien is buiten beschouwing laten, kan uit de bovenstaande tabel (kolom 5 en 6) worden afgeleid dat voor 1 op de 2 jongeren die in de voorzieningen verblijft en geen school heeft, er een SVOP wordt uitgewerkt. Deze groep jongeren blijft echter zeer beperkt ten aanzien van het totaal aantal jongeren dat in een voorziening verblijft (3,2% van het totaal aantal jongeren of m.a.w. 407 jongeren van de 12.488). Ook de groep jongeren waarvoor er helemaal niets is voorzien, is beperkt (3,7% van het totaal aantal jongeren of m.a.w. 466 jongeren van de 12.488). Uit de bevraging kan niet worden afgeleid hoe groot de groep van jongeren is die in een SVOP zit of helemaal geen aanbod heeft, maar die wel in staat zou zijn om naar school te gaan. Indien we het aantal jongeren zonder school (en zonder SVOP) samenvoegen met het aantal jongeren waarover we geen gegevens kregen betreffende hun schoolse situatie, dan moet er slechts voor een kleine groep jongeren in de voorzieningen naar een oplossing voor het garanderen van het recht op leren worden gezocht. Concreet zou er dus voor maximum 748 (= maximum 6%) residentieel verblijvende jongeren een oplossing moeten gezocht worden.”(Stuurgroep o.l.v. Minister van Onderwijs en Jeugd en de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2012b, p. 11)

In de interviews bespreekt men jongeren die de reguliere structuur van dagonderwijs niet aankunnen en daardoor ongepast gedrag gaan vertonen. Jongeren die niet goed in het voltijdse onderwijs functioneren zijn volgens meerdere geïnterviewden jongeren uit een POS (incl. KOPP) en jongeren met psychiatrische problemen. Bovendien zouden jongeren uit de doelgroep die in dit rapport centraal staat naar BuSo OV 3 type 3 worden verwezen die er niet thuishoren. De diepte-interviews geven de indruk dat type 3 onderwijs als een eindstation gezien wordt voor jongeren waar ASO/TSO/BSO geen gepaste omkadering kan bieden met betrekking tot hun problematiek.

Jongeren met ‘lichte’ gedragsproblemen worden te gemakkelijk naar BuSo scholen gestuurd. Het gaat om jongeren die onbeleefd zijn, opmerkingen maken, woede en emotionele

uitbarstingen hebben, ... Ze zouden te snel getypeerd worden als jongeren met ernstige gedragsproblemen.

Daarnaast komen straatjongeren, voornamelijk Roma zigeuners, terecht in type 3 onderwijs. Zij zijn verplicht in te stromen in het onderwijs, maar door cultuurverschillen belanden ze in deze onderwijsvorm, omdat ze niet goed functioneren in het algemene onderwijs.

Jongeren die eigenlijk in type 3 OV4 thuishoren komen in OV 3 terecht, omdat dit de enige school is in Brussel. Voor een type 3 OV 4 school moet men naar Limburg.

Het ASO/TSO/BSO zou onvoldoende ondersteuning/omkadering kunnen bieden voor jongeren met gedrags, psychologische of psychiatrische problematiek en/of een POS, waardoor deze te gemakkelijk in BuSo belanden. Een CLB in Brussel merkt dit extra op voor jongeren in BSO.

Als gevolg van deze oneigenlijke toestroom komen dan weer jongeren die eigenlijk in type 3 thuishoren, terecht in type 1. Soms gebeurt dit op vraag van ouders, omdat het klimaat in een type 1 klas gunstiger zou zijn. Daardoor wordt niet de juiste ondersteuning gegeven voor beide doelgroepen, waardoor een cumulatie van vermijdbare problemen ontstaat: ook jongeren in BSO en BuSO worden vaak geschorst, soms geweigerd omwille van gedrags- en agressieproblemen of een psychiatrische problematiek. Effectieve begeleiding en dag invulling voorzien voor jongeren met psychologische of (niet-gediagnosticeerde) psychiatrische problemen is zeer moeilijk, aldus meerdere informanten. Specifiek voor jongeren die residentieel verblijven in psychiatrie is schooluitval (logischerwijs) een feit. Meerdere informanten geven de moeilijke integratie in school na een psychiatrisch verblijf aan.

Karakteristieken van de jongeren in de jeugdhulpverlening samengevat

- Het aantal minderjarigen in de jeugdhulpverlening blijft stijgen. Opvallend is de stijging bij - 12 jarigen.
- Jongens overheersen in de sectoren Gehandicaptenzorg en Bijzondere Jeugdbijstand.
- Externaliserend problematisch gedrag komt meer voor bij jongens, meisjes vertonen meer internaliserend problematisch gedrag.
- Het aandeel jongeren met een niet-Westerse achtergrond neemt toe, vooral in Brussel
- De vraag naar hulp verschilt naargelang afkomst.
- Anders- en/of meertaligheid bij jongeren of hun ouders is een obstakel in de jeugdhulpverlening.
- In scholen en MPI's zou het aantal jongeren met gedrags- en emotionele stoornissen sterk toenemen.
- Er wordt gesteld dat meervoudige problematieken steeds meer voorkomen: het begrip meervoudig dekt echter meerdere ladingen.
- Jongeren zijn vaak gedemotiveerd om hulp te zoeken, begeleiding verder te zetten of school te lopen.
- Een stijgende groep jongeren in de regio is problematisch afwezig op school, kent een schoolachterstand en valt vroegtijdig uit op school.
- Het is zeer moeilijk om een aangepast schoolaanbod of dagbesteding voor jongeren met ernstige gedragsproblemen, psychiatrische problemen en jongeren uit residentiële voorzieningen te vinden.
- BuSo scholen type 3 kennen een grote toestroom van jongeren die daarenboven niet altijd hier thuishoren.

3.1.3 Barrières die jongeren in de jeugdhulpverlening ervaren

In dit deel beschrijven we welke barrières jongeren ervaren in de toegang en het gebruik van de voorzieningen, zoals die aangehaald worden in de beleids- en beleidsondersteunende documenten en de diepte-interviews.

Beeld van de jongeren over jeugdhulpverlening

Volgens IJH zouden jongeren geen goed beeld hebben van de jeugdhulpverlening door een gebrek aan kennis en een teveel aan wantrouwen over de werking van de jeugdhulpverlening:

“De hulpverlening is te weinig gekend en heeft bij jongeren een ‘onbetrouwbaar’ imago.”
(Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 16)

Gebrekkige kennis van jeugdhulpverlening

Jongeren (en hun ouders) hebben nog te weinig weet van het aanbod in de jeugdhulpverlening.

“De hulpverlening is te weinig gekend. Cliënten weten dikwijls niet waar ze met hun vraag terecht kunnen.” (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 16)

“Er zijn cliëntkenmerken (onbekendheid met het jeugdhulpaanbod, eigen geschiedenis, andere visie op jeugdhulp, geïsoleerdheid, ...) waardoor het wantrouwen zou kunnen gevoed

worden t.o.v. de hulpverlening. Cliënten hebben ook weinig of geen identificeerbare relatie met het jeugdhulpaanbod georganiseerd door de diverse overheden (VG, VGC, FG, COCOF, GGC).”(Regionale Stuurgroep IJH Brussel, 2007, p. 23)

Jongeren en hun ouders melden aan het Kinderrechtencommissariaat dat ze over onvoldoende informatie beschikken betreffende de maatregelen van de Bijzondere Jeugdbijstand en over de aanmeldingsprocedure in eerstelijnsvoorzieningen.

“Melders klagen over het gebrek aan duidelijk, begrijpbare informatie en toelichting over de genomen maatregel. Zeker bij plaatsingsmaatregelen blijft de motivatie soms vaag. Dit vergroot de weerstand bij gezinsleden omdat ze zich niet erkend en betrokken voelen.” (Kinderrechtencommissariaat, 2010, p. 4)

“Er bestaan verschillende eerstelijnsdiensten die hulp of ondersteuning aanbieden. Ouders maar vooral ook minderjarigen weten vaak niet bij welke dienst ze kunnen aankloppen. Ze hebben het gevoel dat ze eerst een duidelijke probleemstelling moeten kunnen formuleren en afhankelijk hiervan de juiste dienst moeten aanspreken. Maar dit is zeer moeilijk voor hen. Het veld is ook vaak in beweging en er zijn vaak nieuwe verwikkelingen. Voor melders is het vaak een doolhof.” (Kinderrechtencommissariaat, 2010, p. 11)

Volgens geïnterviewden zou de gebrekkige kennis van de jeugdhulpverlening onder andere te wijten zijn aan het grote aanbod en de complexe organisatie van de jeugdhulpverlening. De jongeren zouden door de bomen het bos niet meer zien. Jongeren en ouders van niet-Belgische origine hebben daardoor niet altijd correcte verwachtingen over de begeleiding van eerstelijnsdiensten (i.c. CAW en CLB). Bijvoorbeeld, ouders van niet-Belgische origine kloppen aan bij een CAW voor huiswerkbegeleiding.

Verwachtingen kunnen door ouders én hulpverleners ook te hoog liggen met betrekking tot psychiatrische crisisopnames. Men gaat er te snel vanuit dat een psychiatrisch opname de problemen helemaal kan oplossen, aldus informanten uit deze sector.

Wantrouwen ten aanzien van jeugdhulpverlening

Jongeren vertrouwen de jeugdhulpverlening onvoldoende (Regionale Stuurgroep IJH Brussel, 2007, p. 23).

“De hulpverlening heeft bij jongeren een ‘onbetrouwbaar’ imago. Jongeren vertrouwen ook niet wat hulpverleners doen met persoonlijke informatie.” (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 16)

“Specifiek voor het domein van de vrijwillige hulpverlening laten klachten zien dat ouders en minderjarigen de ‘vrijwilligheid’ niet altijd zo ervaren. De gedwongen hulpverlening wordt door consulenten vaak gebruikt als stok achter de deur, waardoor de vrijwilligheid meer afgedwongen wordt. Ouders en jongeren voelen zich daardoor niet altijd even respectvol behandeld en verliezen al gauw het vertrouwen in de hulpverlening.” (Kinderrechtencommissariaat, 2010, p. 6)

Geïnterviewden vertellen dat jongeren vaak andere voorzieningen wantrouwen tijdens het doorverwijzingsproces. Namelijk, het vertrouwen in de voorziening waar ze op dat ogenblik in begeleiding zijn vergroot na verloop van tijd waardoor het moeilijker/ lastiger wordt voor jongeren

om hun probleem opnieuw uit de doeken te doen in een andere voorziening waar dat vertrouwen opnieuw moet worden opgebouwd, aldus informanten uit eerstelijnsvoorzieningen. Het vertrouwen wordt ook ondermijnd wanneer wachtlijsten verhinderen dat de doorstroom vlot kan lopen. Jongeren worden daarenboven ook geconfronteerd met verschillende varianten van hulpverlening. Jongeren zouden dit beu worden. De jongeren moeten constant 'praten' over hun(zelfde) probleem, wat ze als vervelend en vermoeiend ervaren na verloop van tijd.

Stigma

Verwezen worden naar bepaalde voorzieningen kan stigmatiserend werken.

Een MPI zou volgens een geïnterviewde te stigmatiserend zijn voor jongeren: *"Het drukt een negatieve stempel op de jongere en zorgt voor teveel naweeën."*

Toegang tot jeugdhulpverlening

Omwille van spanningen in het aanbod van de jeugdhulpverlening zoals wachttijden en plaatsgebrek, bestaat er voor sommige doelgroepen een moeilijke toegang tot hulp.

Drempels

In het beleidsplan van IJH Brussel wordt verwezen naar het feit dat de jongeren zelf naar toegankelijke hulpverlening vragen:

"Vanuit cliënten is er vraag naar toegankelijke en laagdrempelige dienst- en hulpverlening."
(Regionale Stuurgroep IJH Brussel, 2007, p. 23)

Tijdens de interviews in eerste- en tweedelijns voorzieningen in Brussel wordt erop gewezen dat jongeren nog een te hoge drempel ervaren in de jeugdhulpverlening.

Een CAW te Brussel meldt de nood aan laagdrempelige hulpverlening. Vaak komen jongeren letterlijk niet binnen in de wachtzaal van het CAW, omdat deze vol zit met een diverse populatie met verschillende problemen.

Jongeren ervaren vaak een te hoge drempel ervaren om zich aan te melden bij een CGG. Sommige jongeren zijn niet in staat zijn een vraag te formuleren, wat nodig is om in een CGG terecht te komen. Andere jongeren zijn dat weer te weinig gemotiveerd om hun eigen gedrag in vraag te stellen en het feit dat. Een geïnterviewde uit een CGG vermoedt dat de drempel bij allochtone jongeren nog hoger ligt, aangezien ze een zeer lage instroom merken in verhouding tot de allochtone populatie in de regio.

Ook bij een CLB in Brussel wordt gewezen op de te hoge drempel bij leerlingen om zich bij een CLB aan te melden. Wanneer de consultants op scholen langskomen, dan wordt deze drempel verlaagd.

Specifieke drempels

In verschillende interviews wordt de toegang van bepaalde doelgroepen tot specifieke projecten of voorzieningen in de jeugdhulpverlening aangekaart.

Jongeren met een psychiatrische problematiek vallen uit de boot in het project Leerrecht.

Jongeren met gedragsproblemen uit BuSo school, komen niet in aanmerking voor time-out projecten, omdat men stelt dat de omkadering binnen deze school al voldoende aanwezig verondersteld te zijn.

Een specifiek probleem dat de toegankelijkheid van voorzieningen beïnvloedt heeft te maken met formele toegangscriteria:

Nederlandstalige Jongeren die in Wallonië wonen, naar het Nederlandstalig onderwijs gaan in regio Halle-Vilvoorde, krijgen moeilijk toegang tot Vlaamse CGG's. Indien de toewijzing naar een CGG op domicilië dient te gebeuren, moeten deze jongeren formeel naar instanties in Wallonië, maar aangezien ze geen Frans praten, is dit niet evident.

Hetzelfde geldt ook voor Franstalige jongeren in een Nederlandstalig gebied. De toegang van jongeren bij oorsprong anderstalige jongeren tot CGG's uit Vlaams-Brabant is moeilijk.

CGG Brussel wijst erop dat CGG's uit Vlaams-Brabant anderstaligen te gemakkelijk doorverwijzen naar CGG's in Brussel, omdat CGG's te Brussel meer vaardigheden en ondersteuningsmogelijkheden hebben met betrekking tot het begeleiden van anderstaligen. CGG Brussel deze toestroom niet aan, waardoor een aantal anderstalige jongeren uit Vlaams-Brabant in de kou blijven staan.

Doelgroepen

Jongeren met GES en agressie problemen

Jongeren met ernstige gedrags- en emotionele problemen (GES) krijgen moeilijk toegang in de gehandicaptenzorg in Vlaanderen. Het gevolg is veel ongepaste plaatsingen in gemeenschapsinstellingen.

“Voor de moeilijkste doelgroep zetten we ook in op gerichte sectorale initiatieven. Met name is er nood aan aangepaste maatregelen voor jongeren met ernstige gedrags- en emotionele stoornissen (GES). In dat verband startte dit jaar binnen het VAPH een taskforce minderjarigen. Deze taskforce moet voorstellen uitwerken die het VAPH-aanbod beter toegankelijk maakt voor deze doelgroep. En in het uitbreidingsbeleid voor 2011 werden een aantal bijkomende units erkend, met als voorwaarde dat ze zouden instaan voor de opname van jongeren die in een Gemeenschapsinstelling verblijven. We stellen immers daar oneigenlijke plaatsingen van GES-jongeren vast.” (Vandeurzen, 2011, p. 29)

“Kinderrechtencommissariaat merkt dat vooral minderjarigen met gedrags- en emotionele stoornissen nog geen duidelijke plaats hebben gekregen binnen de VAPH-werking.” (Kinderrechtencommissariaat, 2010, p. 13)

Ook jongeren met een combinatie van gedragsproblemen vallen door de mazen van het net. In verschillende diepte-interviews wordt gezegd dat MPI's en psychiatrische voorzieningen deze jongeren afwenden omwille van de ernst van deze problematiek.

“Minderjarigen met een combinatie van gedragsproblemen zijn vaak het slachtoffer van plaatsgebrek. Kinderen met autisme en karakterstoornissen zijn hier een mooi voorbeeld van. Ze worden zelfs op kinderpsychiatrie of voorzieningen die werken met deze problematiek

geweerd. Oorzaken zijn: de situatie is te complex, de minderjarige past momenteel niet in de leefgroep, de problematiek is te zwaar, enz. Dit zien we ook bij de opnames binnen de MPI's." (Kinderrechtencommissariaat, 2010, p. 9)

Ernstige intrinsieke agressieproblemen is een exclusiecriteria bij aanmelding.

Jongeren met meervoudige problematiek

In Vlaams-Brabant zouden jongeren met een meervoudige problematiek moeilijk in de hulpverlening instromen.

"Specifieke vragen in verband met meervoudige problemen vallen meestal uit de boot, door een tekort aan aanbod, of door een tekort aan afstemming en/of samenwerking.

De sectoren van IJH halen volgende problematieken aan:

- Kinderen en jongeren met een psychiatrische problematiek en gedragsproblemen;
- Kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking en gedragsproblemen;
- Kinderen en jongeren met een verstandelijke beperking en psychische problemen;
- delinquente jongeren met een psychiatrische problematiek en/of een verstandelijke beperking;
- schooluitvallers." (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 24)

"De regelgeving maakt samenwerking in en tussen sectoren dikwijls onmogelijk, waardoor een aantal meervoudige problematieken geen gepaste hulp krijgt. Vooral de mogelijke combinaties tussen een psychiatrische of psychologische problematiek met delinquentie, gedragsproblemen en/of verstandelijke beperking liggen moeilijk." (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 24)

"Minderjarigen met een combinatie van gedragsproblemen zijn vaak het slachtoffer van plaatsgebrek. Kinderen met autisme en karakterstoornissen zijn hier een mooi voorbeeld van. Ze worden zelfs op kinderpsychiatrie of voorzieningen die werken met deze problematiek geweerd. Oorzaken zijn: de situatie is te complex, de minderjarige past momenteel niet in de leefgroep, de problematiek is te zwaar, enz. Dit zien we ook bij de opnames binnen de MPI's. In de huidige structuren bieden zorg- en hulpverlening geen antwoord op de hulpvraag van deze kinderen en jongeren. Maar van de ouders verwacht men wel dat zij met beperkte middelen, en met vaak nog een zorgtaak voor andere kinderen in het gezin, dit wel allemaal aankunnen." (Kinderrechtencommissariaat, 2010, p. 9)

Jongeren die zowel een diagnose hebben, als kansarm zijn en bovendien van vreemde origine cumuleren toegangsproblemen: *"dan begint elke voorziening naar elkaar te wijzen"*, aldus een informant.

Volgens een informant uit een thuisbegeleidingsdienst worden jongeren in een complexe opvoedingssituatie -waarbij zowel de ouders als de jongere psychologische problemen hebben en de jongere daarenboven agressief gedrag vertoont- vaak geweigerd in allerlei voorzieningen.

16+

Jongeren rond de leeftijd van 16 jaar zouden minder snel opgevangen worden in voorzieningen van Bijzondere Jeugdbijstand.

“Opvallend is dat ook de leeftijd van de jongere soms als tegenindicatie wordt gebruikt voor een opname. Het gebeurt wel vaker dat voorzieningen jongeren vanaf de leeftijd van 15-16 jaar liever niet opnemen en de voorkeur geven aan jonge kinderen vanuit de visie dat hier nog een weg mee afgelegd kan worden.” (Kinderrechtencommissariaat, 2010, p. 13)

Ook in de interviews wordt bevestigd dat Jongeren die de leeftijd van 18 jaar naderen worden afgewend, omdat met hen slechts een korte begeleiding kan gestart worden. Het gevolg is dat “administratieve trucs” worden gebruikt bij thuisbegeleidingsdiensten door de officiële begeleiding op de naam van een jonger gezinslid te zetten.

Jongvolwassenen die bijna of net 18 jaar zijn geworden vallen uit de boot in de jeugdhulpverlening, omdat zij wettelijk gezien niet meer onder de diensten van deze hulpverlening vallen. Ze komen terecht in volwassenenvoorzieningen. Deze stroeve overgang wordt problematisch ervaren overheen verschillende sectoren: gehandicaptenzorg, geestelijke gezondheidszorg, psychiatrie en bijzondere jeugdbijstand.

Jongvolwassenen met GES of autisme en een normale begaafdheid blijken moeilijk een dagbesteding te vinden volgens enkele respondenten.

Jongeren met een enkel een VAPH-ticket ‘GES’ krijgen vaak geen ticket meer als jongvolwassenen. Ze stellen dat deze jongeren geen handicap hebben, omdat ze geen verstandelijke beperking hebben. Ze verwijzen dan onterecht naar de sector psychiatrie door waar ze echter geweigerd worden en zo uit de boot vallen.

Jongeren die ernstige agressieproblemen vertonen in combinatie met een POS en psychologische/psychiatrische/verstandelijke problematiek kunnen vaak nergens meer terecht in de jeugdhulpverlening.

Jongens in psychiatrie

Exclusiecriteria in een kinder- en jeugdpsychiatrisch ziekenhuis zijn ernstige agressiedelicten, ernstig drugsgebruik en seksueel overschrijdend gedrag. Het zijn problemen die meer voorkomen bij jongens, waardoor het zou kunnen dat jongens meer uitvallen in psychiatrie volgens deze informanten.

Onaangepast hulpaanbod/geen gepaste begeleiding

Jongeren zouden zelf ervaren dat ze niet altijd op de juiste plaats zitten in een voorziening:

“Het zorgaanbod staat enorm onder druk en de zorgvraag wordt alsmaar groter. Wachtlijsten zien we terug in de residentiële settings. Hulpverleners worden verplicht creatief na te denken om oplossingen te vinden voor een korte termijn in afwachting van een geschikte plaats. Hierdoor wordt niet altijd gekozen voor de meest gepaste hulpverleningsvorm, maar wel voor de vorm die nog een plaats vrij heeft. In de meest extreme situaties kunnen minderjarigen alleen nog terecht in voorziening met opnameplicht zoals de gemeenschapsinstellingen. Ook minderjarigen beseffen dit heel goed en klagen dit aan. Ze ondervinden zelf dat ze ‘niet op hun plaats zitten’ in bepaalde voorzieningen of in het hulpaanbod dat ze krijgen.” (Kinderrechtencommissariaat, 2010, p. 8)

De Vlaamse overheid wil inzetten op een meer aangepast meer aangepast hulpaanbod aan voor jongeren met een GES en jongeren die oneigenlijk in gemeenschapsinstellingen terecht komen.

“Voor de moeilijkste doelgroep zetten we ook in op gerichte sectorale initiatieven. Met name is er nood aan aangepaste maatregelen voor jongeren met ernstige gedrags- en emotionele stoornissen (GES). In dat verband startte dit jaar binnen het VAPH een taskforce minderjarigen. Deze taskforce moet voorstellen uitwerken die het VAPH-aanbod beter toegankelijk maakt voor deze doelgroep. En in het uitbreidingsbeleid voor 2011 werden een aantal bijkomende units erkend, met als voorwaarde dat ze zouden instaan voor de opname van jongeren die in een Gemeenschapsinstelling verblijven. We stellen immers daar oneigenlijke plaatsingen van GES-jongeren vast.” (Vandeurzen, 2011, p. 29)

Deze problematiek wordt ook aangehaald in diepte-interviews met informanten uit een MPI.

Jongeren met een ernstige GES in combinatie met verstandelijke beperking krijgen vaak geen ‘nursing ticket’ door het VAPH, omdat de verstandelijke beperking niet wordt erkend. Hierdoor krijgt deze doelgroep onvoldoende begeleiding die normaliter nodig is.

Volgens een geïnterviewde zitten meisjes met een complexe problematiek bestaande uit seksueel misbruik, suïcideneigingen en prostitutie niet op hun plaats in het gesloten circuit in Bijzondere Jeugdbijstand, zoals nu wel vaak het geval is.

Werkprocessen in de hulpverlening

Gebrek aan inspraak in Bijzondere Jeugdbijstand

In de Bijzondere Jeugdbijstand zouden jongeren meer inspraak wensen in hun hulpverleningstraject, ook wanneer hun ouders niet wensen mee te werken (Kinderrechtencommissariaat, 2010, p. 4).

“Meldingen van jongeren gaan ook over het gebrek aan inspraak. Ze klagen dat hun ‘stem’ onvoldoende gehoord wordt. Ze krijgen soms een half uur de tijd om met de consulent te praten, soms zelfs nog in aanwezigheid van hun ouders, en voelen het vaak aan dat er te weinig tijd gemaakt wordt om stap voor stap te bekijken waar zij nood aan hebben. Jongeren vertellen dat van hen verwacht wordt dat ze op korte tijd een duidelijke probleemstelling kunnen formuleren. Maar dat lukt hen vaak niet omdat de situatie hen overrompelt en heel wat zaken meespelen zoals de loyaliteiten naar het gezin en het opbouwen van vertrouwen in hulpverleners en specifiek in de consulent. Daarenboven klagen jongeren ook over het moeilijk kunnen bereiken van hun consulent als ze hen willen spreken. Het gebeurt dat ze enkele weken moeten wachten alvorens er tijd is in de agenda wegens de werkdruk. Dit speelt ook mee bij hun gevoel dat de consulent er niet echt voor hen is.” (Kinderrechtencommissariaat, 2010, p. 5)

“Jongeren ervaren vrijwilligheid dan weer als eenzijdig. Als ouders niet willen meewerken stopt de vrijwilligheid en hebben ze het gevoel in de kou te staan. Er wordt niet altijd doorverwezen naar de bemiddelingscommissie. Het gebeurt ook dat als de jongere de moed verzamelt om naar het CBJ te stappen om hulp te vragen en in het gesprek nog maar aanhaalt dat hij/zij vermoedt dat zijn ouders niet zullen meewerken, dat het CBJ de vraag niet verder onderzoekt. Aan de jongere wordt dan informatie meegegeven over een dienst die

misschien wel kan helpen. In heel wat gevallen gebeurt er dan een doorverwijzing naar de jeugdbrigade.” (Kinderrechtencommissariaat, 2010, p. 6)

Te korte begeleidingsduur

Jongeren en hun ouders melden dat er te weinig tijd wordt vrijgemaakt met hun consulent in de Bijzondere Jeugdbijstand, aldus een document van het Kinderrechtencommissariaat.

“Ze krijgen soms een half uur de tijd om met de consulent te praten, soms zelfs nog in aanwezigheid van hun ouders, en voelen het vaak aan dat er te weinig tijd gemaakt wordt om stap voor stap te bekijken waar zij nood aan hebben. Jongeren vertellen dat van hen verwacht wordt dat ze op korte tijd een duidelijke probleemstelling kunnen formuleren. Maar dat lukt hen vaak niet omdat de situatie hen overrompelt en heel wat zaken meespelen zoals de loyaliteiten naar het gezin en het opbouwen van vertrouwen in hulpverleners en specifiek in de consulent. Daarenboven klagen jongeren ook over het moeilijk kunnen bereiken van hun consulent als ze hen willen spreken. Het gebeurt dat ze enkele weken moeten wachten alvorens er tijd is in de agenda wegens de werkdruk. Dit speelt ook mee bij hun gevoel dat de consulent er niet echt voor hen is.” (Kinderrechtencommissariaat, 2010, p. 5)

Dit knelpunt wordt ook aangekaart voor de doelgroep Niet-Begeleidde Buitenlandse Minderjarigen (NBBM) die slechts enkele contactmomenten hebben met Comité Bijzondere Jeugdzorg, waardoor geen concreet beeld gevormd kan worden over de situatie van de NBBM.

Daarnaast zou de duur van ambulante psychologische begeleiding te kort zijn volgens geïnterviewden. Ook kortdurende crisisopvang in psychiatrie is een knelpunt, in die zin dat geen continuïteit wordt verleend in degelijke nazorg. Meerdere respondenten verwijzen naar de uitval van jongeren die een kortdurend psychiatrische begeleiding hebben ondergaan in KJP ziekenhuizen. Zij worden vaak teruggestuurd naar een MPI die dit niet kan omkaderen of gaan direct weer naar school. Een oplossing van nazorg of langdurige behandeling bestaat niet.

In het algemeen bekritisieren de respondenten de manier waarop alle soort begeleidingen (van time-out in onderwijs tot psychiatrie) steeds (te) snel moet afgehandeld worden, zonder dat daarbij noodzakelijk aan het probleem kan worden gewerkt.

Barrières die jongeren in de jeugdhulpverlening ervaren samengevat

- **Jongeren hebben onvoldoende kennis over de jeugdhulpverlening.**
- **Jongeren ontwikkelen een zekerwantrouwen ten opzichte de jeugdhulpverlening, ook al omdat hulpverleningstrajecten binnen voorzieningen te kort zijn (bijv. ambulante psychologische begeleiding, psychiatrische crisisopvang en opvang in kinder- en jeugdpsychiatrische ziekenhuizen) en ze frequent worden doorverwezen.**
- **Een vlotte toegang tot de hulpverlening wordt geremd door drempels.**
- **Jongeren met een GES of (ernstige) agressieproblemen, een meervoudige problematiek, jongeren met psychiatrische problemen, jongeren tussen 16 en 18 jaar en anderstaligen hebben de meeste toegankelijkheidsproblemen.**

3.1.4 Barrières in het aanbod van jeugdhulpverlening

In dit deel beschrijven de barrières zoals vertegenwoordigers van het zorgaanbod in Brussel en Vlaams-Brabant die aankaarten in verschillende beleidsdocumenten.

3.1.4.1 Spanningen in het aanbod van hulpverlening

Een toenemende instroom van jongeren

In beleidsdocumenten wordt verwezen naar een stijgende instroom van jongeren met een complexe problematiek in de jeugdzorg (Kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en het Agentschap Jongerenwelzijn, 2009, p. 4; Regionale Stuurgroep IJH Brussel, 2007, p. 23).

In de rapporten die wij raadplegen vinden we geen indicaties van toenemende instroom in Geestelijke Gezondheidszorg of Psychiatrie. Dit hoeft echter niet te betekenen dat het fenomeen zich daar niet voordoet.

Bijzondere jeugdbijstand

Voor de Bijzondere Jeugdbijstand in Brussel, Vlaams-Brabant en Vlaanderen in zijn geheel merkt een toename in zijn cliënteel (Kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en het Agentschap Jongerenwelzijn, 2009; Kinderrechtencommissariaat, 2010, p. 2; Grietens, Mercken, Vanderfaeillie, & Loots, 2007, p. 7; Vandeuren, 2009, p. 36).

“Door de stijgende instroom in de jeugdzorg en de toenemende problematiek van de jongeren, worden de consulenten zwaar belast.” (Vandeuren, 2009, p. 40)

“We noteren in de periode van 2003 t.e.m. 2007 een bijna verdubbelde netto-instroom. Waar dit in 2003 317 jongeren waren, bedroeg de netto-instroom in 2007 628 jongeren. De constante stijging van de netto-instroom betekent automatisch dat het hulpaanbod in de Bijzondere Jeugdbijstand voor steeds méér jongeren moet worden ingezet.” (Kabinet van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin & Agentschap Jongerenwelzijn, 2009, p. 11)

“Het aantal jongeren in de bijzondere jeugdbijstand is tussen 2000 en 2009 gestegen met 65 %. In 2010 bood het Vlaams Agentschap Jongerenwelzijn hulp- en dienstverlening aan 26.235 kinderen en jongeren.” (Steunpunt Sociale Planning, 2012, p. 51)

“De hoogste aandelen jongeren in de bijzondere jeugdzorg (BJZ) vinden we in het Hageland. Vooral de gemeenten in het zuiden van het Hageland (Landen, Tienen, Hoegaarden en Boutersem), maar ook Geetbets, Aarschot en Leuven zijn gemeenten met een hoog aandeel jongeren die een maatregel opgelegd kregen. Ook de meeste andere gemeenten in het Hageland en de gemeenten Halle, Vilvoorde, Londerzeel, Asse, Liedekerke, Ternat en Roosdaal hebben een eerder hoog aandeel jongeren in de bijzondere jeugdzorg.” (Steunpunt Sociale Planning, 2010, p. 67)

Gehandicaptenzorg

Het VAPH krijgt in het algemeen een toenemend aantal zorgvragen, hoewel regio Halle-Vilvoorde geen stijging zou kennen (Steunpunt Sociale Planning, 2010a, p. 57). Er worden aanzetten gegeven voor verklaringen, maar er is meer onderzoek nodig.

“In Halle-Vilvoorde zijn er duidelijk minder zorgvragen dan in het arrondissement Leuven. Het aandeel vragen op de bevolking voor elke zorgvorm in Halle-Vilvoorde ligt lager dan in Vlaanderen. Vanuit de provincie onderzoekt men reeds langer het verschil aan zorgvragen tussen de twee arrondissementen. Er werden al een aantal mogelijke verklaringen aangehaald, bijvoorbeeld in het kader van een onderzoeksopdracht van het HIVA. Een mogelijke verklaring kan liggen in het kleinere welzijnsaanbod in het arrondissement Halle-Vilvoorde, dat de vraag negatief beïnvloedt. De taal zou in de rand rond Brussel ook een rol kunnen spelen. Anderstaligen vinden ook mogelijk de weg minder gemakkelijk naar het bestaande aanbod aan voorzieningen. Of ze zouden zich minder gemakkelijk richten tot het VAPH omdat ze niet wensen opgenomen te worden in een Nederlandstalige voorziening. De Brusselse Rand telt ook relatief veel werknemers van internationale bedrijven en instellingen die, mede door hun internationale mobiliteit, mogelijk een kleiner aantal/aandeel personen met een handicap tellen.” (Steunpunt Sociale Planning, 2010a, p. 56)

In de interviews wordt er wel gewezen op een toenemende vraag naar plaatsing voor jongeren met een GES in combinatie met een ernstige meervoudige verstandelijke beperking.

Bijzonder Onderwijs

Zowel tijdens interviews als in beleids(ondersteunende) documenten wordt de stijgende instroom van jongeren met een complexe problematiek in het onderwijs aangekaart, meer bepaald in het (deeltijds) Buitengewoon Onderwijs type 3.

“In de eerste plaats is het in de gemeenten met een aanbod van DBSO dat er een relatief groot aandeel van de leerlingen DBSO volgt: Aarschot, Leuven en Halle. Daarnaast is het aandeel hoog in enkele gemeenten die in de buurt gelegen zijn van deze drie gemeenten: Beersel en Sint-Pieters-Leeuw. Tot slot is het aandeel van deze leerlingen ook relatief groot in Glabbeek en Zoutleeuw. Het zuiden van het Hageland is de regio die opnieuw duidelijk het grootste aandeel heeft van leerlingen in het BuSO. Daarnaast zijn Diest, Aarschot, Machelen, Vilvoorde, Halle, Merchtem en Roosdaal de gemeenten waar ook een groot aandeel van de leerlingen in het BuSO zit.” (Steunpunt Sociale Planning, 2009, p. 51)

“De scholen met type 3-aanbod krijgen in toenemende mate te maken met een complexe leerlingenpopulatie. Scholen worden daardoor in hun eigen werking en in hun samenwerking met onderwijsexterne voorzieningen, uitgedaagd. Hierbij wordt ook aangegeven dat dit van scholen een zeer sterk beleidsvoerend vermogen vraagt. De problematiek van leerlingen met ernstige gedrags- en emotionele problemen, met een psychiatrische stoornis, in problematische opvoedingssituaties, is daarbij kenmerkend. De problemen manifesteren zich in de scholen, maar ook daarbuiten. In dit rapport wordt ook aangegeven dat het aandeel van de leerlingen met een attest type 3 dat gekend is bij een Comité voor Bijzondere Jeugdzorg of bij de sociale dienst van de jeugdrechtbank varieert van 16% tot 75%. Er is m.a.w. geen precieze informatie beschikbaar over het aandeel van de leerlingen die geplaatst zijn.” (Stuurgroep o.l.v. Minister van Onderwijs en Jeugd en de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2012b, p. 20)

Ook in interviews wordt gewezen op een toenemende instroom van jongeren type 3, al dan niet met een complexe problematiek.

Een tekort aan voorzieningen

Heel wat beleidsdocumenten spreken over een tekort in het aanbod aan hulpverlening. Uit de documenten die de tekorten bespreken is niet altijd te halen of het gaat om het aantal, het type voorzieningen, of het aantal opvangplaatsen in de voorzieningen, ...

“Zorgtekort is een kernprobleem in onze jeugdhulp vandaag.”

(Kinderrechtencommissariaat, 2011, p. 2)

“Specifieke vragen in verband met meervoudige problemen vallen meestal uit de boot, door een tekort aan aanbod, of door een tekort aan afstemming en/of samenwerking.”

(Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 15)

Opvallend is dat sommige geïnterviewden (vooral eerstelijnsdiensten, i.c. CAW en CLB) in het algemeen een voldoende aanbod zien, zij het dat er efficiënter gewerkt kan worden met de jongeren, door een meer effectieve samenwerking door de aanbieders.

Het tekort aan verschillende types voorzieningen wordt veel aangehaald door het steunpunt sociale planning van Vlaams-Brabant, in het bijzonder voor de regio Halle-Vilvoorde (Steunpunt Sociale Planning, 2009, p. 75; Steunpunt Sociale Planning, 2012, p. 37).

“Algemeen kunnen we stellen dat het hulpverleningsaanbod in Vlaams-Brabant over de hele lijn van welzijn en gezondheid lager ligt dan het Vlaamse gemiddelde. Meestal heeft de regio Leuven een ruimer aanbod waardoor het gemiddelde voor de provincie iets omhoog wordt getrokken. Het aanbod in Halle-Vilvoorde en het Hageland ligt bijzonder laag.” (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 10).

“Er is een tekort in het aanbod in Vlaams-Brabant. De realisering van de werkingsprincipes van Integrale Jeugdhulp staat onder druk. Een aantal zorgvormen ontbreken. Vooral in het Hageland en in Halle-Vilvoorde zijnde noden hoog.” (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 16).

“De cijfers bevestigden wat reeds jarenlang vanuit de verschillende sectoren werd gesignaleerd, namelijk dat er in Halle-Vilvoorde een schrijnend en structureel tekort is aan welzijnsvoorzieningen, vooral in de buitenschoolse kinderopvang, de bijzondere jeugdzorg, het algemeen welzijnswerk, de crisisopvang, de diensten voor gezinszorg en de geestelijke gezondheidszorg. Het structureel tekort was ook aanwezig maar minder uitgesproken in de ouderenzorg, de gehandicaptenzorg, en de kinderopvang van 0 tot 3 jaar.” (Steunpunt Sociale Planning, 2012, p. 2)

Bijzondere Jeugdbijstand

Ook de sector Bijzondere Jeugdbijstand in Vlaanderen en in Vlaams-Brabant.

“Signalen over een opvangtekort blijven legio. Op dat opvangtekort wordt de jeugdzorg in het algemeen en de bijzondere jeugdzorg in het bijzonder, permanent afgerekend. Terecht wordt opgemerkt dat dit ten gronde de goede werking van het totale opvangsysteem bedreigt en aanleiding geeft tot onverantwoorde situaties.” (Kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en het Agentschap Jongerenwelzijn, 2009, p. 73)

“Dit aanbodtekort heeft verscheidene oorzaken en gevolgen. Vooreerst is er een toenemende stijging waar te nemen van het aantal minderjarigen dat instroomt in de bijzondere jeugdzorg. Bovendien blijken steeds meer van deze minderjarigen te kampen met zeer ernstige problemen, waarop het huidige aanbod niet steeds is afgestemd. Deze evoluties zorgen voor een toenemende druk in het praktijkveld en leggen een zware hypotheek op het werk van verwijzers en op de werking van de voorzieningen.” (Grietens, Mercken, Vanderfaeillie, & Loots, 2007, p. 7)

“De provincie Vlaams-Brabant heeft in elke zorgvorm van de voorzieningen in de BJB een structureel tekort en haalt het Vlaamse gemiddelde van 41 plaatsen per 10.000 jongeren niet. In totaal zijn er in de provincie 19,8 plaatsen per 10.000 jongeren (zie figuur 7). In Halle-Vilvoorde zijn dat er slechts 11. De provincie heeft in totaal slechts 27 plaatsen in Onthaal-, Observatie- en Oriëntatiecentra (OOOC), waarvan 11 in Halle-Vilvoorde. De druk op de Comités Bijzondere Jeugdbijstand en de Sociale Diensten van de Jeugdrechtsbank is erg groot. Vooral in Halle-Vilvoorde komen, door het gebrek aan welzijnsvoorzieningen, hulpvragen sneller in het meer ingrijpend hulpverleningskader van de BJB terecht. 39% van de jongeren voor wie in 2006 een dossier werd geopend staat op de wachtlijst. Voor 54% is er geen perspectief om op korte termijn geholpen te worden. De voorziene investeringen in het kader van het Globaal Plan volstaan niet om dit historisch gegroeide tekort weg te werken.” (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 13)

Tijdens de interviews wordt veel gewezen op een tekort in thuisbegeleidingsdiensten (incl. voor jongeren die net 18 jaar zijn geworden en jongvolwassenen) in de Bijzondere Jeugdbijstand, voor jongeren die probleemgedrag stellen en zich in een problematisch context (gezin) bevinden.

Gehandicaptenzorg

Vlaanderen, incl. Brussel en Vlaams-Brabant, kampt met een gebrek aan aanbod in de gehandicaptenzorg:

“Er is weinig aanbod betreffende jeugdhulp voor de regio Brussel, afgestemd op het grote aantal jongeren. Dit tekort wordt extra gemeld door de sector voor personen met een handicap.” (Regionale Stuurgroep IJH Brussel, 2007, p. 23).

Ook in de Gehandicaptenzorg zien we hetzelfde beeld. Vlaams-Brabant heeft het kleinste aantal opvangplaatsen voor zowel volwassenen als minderjarigen. Rekening gehouden met het aantal inwoners scoort Halle-Vilvoorde opnieuw lager dan het arrondissement Leuven. Voor minderjarigen zijn de verschillen echter minder groot. Leuven telt 10 plaatsen per 10.000 minderjarigen en Halle-Vilvoorde 9 tegenover ruim 14 plaatsen in Vlaanderen. Voor alle zorgvormen ligt het aanbod lager dan het Vlaamse gemiddelde, vooral voor semi-internaten is het verschil aanzienlijk. De spreiding van voorzieningen en scholen is ontoereikend. Verder signaleren voorzieningen de nood aan time-out mogelijkheden.” (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 13)

“We berekenen binnen het Vlaams Fonds voor Personen met een Handicap (VAPH) om de zes maanden een structureel tekort. Dit bedroeg op 30 juni 2007 in totaal 237 plaatsen voor de zorgvorm internaat. Om hier gedeeltelijk aan tegemoet te komen zullen er over een periode

van vijf jaar, jaarlijks, 20 nieuwe capaciteitseenheden bijkomen.” (Kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en het Agentschap Jongerenwelzijn, 2009, p. 81)

“Vooral het plaatstekort binnen de MPI’s wordt vaak aangeklaagd.”
(Kinderrechtencommissariaat, 2010, p. 12)

Ook de interviews wordt dit probleem aangehaald. Het ontbreekt volgens de geïnterviewden aan:

- laagdrempelige therapeutische begeleiding voor jongeren met een GES, omwille van het feit dat zelfstandige therapeuten te duur zijn, waardoor de toestroom naar CGG’s groot is en lange wachtlijsten ontstaan.
- dagbesteding voor jongeren met een complexe problematiek bestaande uit GES (met een oorsprong uit psychiatrische problematiek) en een lichte tot matige verstandelijke beperking
- gespecialiseerde vervolgpvang voor jongvolwassenen (vanaf 18 jaar) met GES en licht/matige verstandelijke beperking
- dagbesteding voor normaal begaafde jongvolwassenen met GES of autisme
- opvangplaatsen in(semi-)internaten
- gespecialiseerde units in MPI’s die zich kunnen richten op jongeren met psychotische stoornissen

Onderwijs en alternatieve dagbesteding

De interviews wijzen ook op een tekort aan BUSO scholen en alternatieve dagbesteding:

- BuSo scholen type 3 OV 3
- BuSo scholen type 3 OV 4
- time-out initiatieven, in regio Asse is er geen enkele stad of gemeente die dit financiert, ook in Brussel wordt een tekort ervaren
- dagcentra, zoals de Wereld van Indra in Opwijk en L’équipe (Franstalig) in Brussel voor jongeren die de school en andere activiteiten (even) niet aankunnen.

Geestelijke gezondheidszorg en Psychiatrie

Er wordt ook een gebrek aan inrichtingen voor psychosociale revalidatie van kinderen en adolescenten met ernstige psychische aandoeningen gemeld:

“Ook al is de verdeling van de types instellingen verschillend in het noorden en het zuiden van het land, aan beide kanten wordt het probleem van het tekort aan plaatsen gemeld.”
(Ministeriële subwerkgroep Revalidatie, 2007a, p. 4)

In de interviews worden volgende tekorten vermeld:

- preventie
- een dagbesteding voor jongeren met psychologische problemen, omwille van het niet meer kunnen opvangen van jongeren met ernstige psychologische problemen in scholen en MPI-internaten
- opvang voor jongeren met een psychiatrische problematiek die ook uitvallen in projecten van dagbesteding binnen Leerrecht
- ambulante laagdrempelige psychologische hulpverlening
- opvangplaatsen voor jongeren met psychiatrische problemen die in crisis zitten

- opvangplaatsen voor niet-begeleide buitenlandse minderjarigen met psychiatrische problemen in crisissituatie, zij hebben geen SIS-kaart en minimaal budget om toegang te krijgen tot psychiatrische ziekenhuizen
- langdurige behandelcentra in psychiatrie
- psychiatrische thuiszorg
- forensische KJP diensten
- nazorg (e.g. dagcentrum, thuisbegeleidingsdienst) na opvang in psychiatrie jongeren (en hun gezin) worden namelijk na een kortdurende opname in een psychiatrische voorziening te snel aan hun lot overgelaten
- enige vorm van begeleiding voor jongeren met psychotische stoornissen die niet naar school kunnen, maar ook niet thuishoren in KJP
- een dagcentrum dat zich toespitst op jongeren met psychiatrische stoornissen en een POS, daar deze jongeren niet thuishoren in psychiatrie of BJB.
- meerdere Nederlandstalige KJP ziekenhuisafdelingen in Brussel

Onevenwichtige spreiding Brussel en Vlaamse rand

De Nederlandstalige jeugdhulpverlening in Brussel blijkt niet evenwichtig verspreid te zijn over zijn regio in tegenstelling tot het Franstalige aanbod. Over het algemeen blijkt het aanbod in de jeugdhulpverlening in West-Vlaams-Brabant onder te doen voor regio Leuven, luidt het in interviews.

“Er is geen grote spreiding van het Nederlandstalige jeugdhulpaanbod in Brussel. Er is vooral aanwezigheid in de vijfhoek en dichte omgeving (Anderlecht, Sint-Jans- Molenbeek), en niet of nauwelijks in de (rijkere) zuid en zuidoost kant van Brussel.” (Regionale Stuurgroep IJH Brussel, 2007, p. 23).

“Wanneer we een globale vergelijking tussen het Nederlandstalige, Franstalige en tweetalige aanbod maken, kunnen we stellen dat het Franstalige aanbod veel groter is, meer verspreid is over de ganse regio en een groter aandeel laagdrempelige diensten heeft.” (Regionale Stuurgroep IJH Brussel, 2007, p. 19)

Er is een onevenwichtige spreiding in de Kinder- en Jeugdpsychiatrie, vooral ten nadele van het arrondissement Halle-Vilvoorde (Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, 2011, p. 2).

“Analyse van de spreiding van zowel K (+k) bedden als de beschikbaarheid van ambulante KJteams over België geeft aan dat er ongelijke spreiding is. De regionale aanbodstekorten kunnen niet opgelost worden door herverdeling van de huidige schaarste.” (Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, 2011, p. 24)

“De spreiding van het hulpverleningsaanbod toont daarnaast een belangrijke scheeftrekking ten nadele van het arrondissement Halle-Vilvoorde. Dit uit zich op verschillende gebieden: Gespecialiseerde hulp voor kinderen en jongeren, zoals kinderpsychiaters en kinderpsychiatrische diensten ontbreken er, Crisisopvang en psychiatrische thuiszorg zijn er te beperkt uitgebouwd, Er is slechts 1 psychiatrisch ziekenhuis (Grimbergen), Zowel het aantal plaatsen beschut wonen als het aantal bedden in Psychiatrische Verzorgingstehuizen (PVT) zijn ondermaats in relatie tot het aantal inwoners en de grootte van het arrondissement.” (Steunpunt Sociale Planning, 2012, p. 87)

Deze tekortkoming in Kinder- en Jeugdpsychiatrie wordt ook meermaals aangehaald in de interviews.

Als men geen aanbod krijgt in Païka (UZ Brussel) omwille van lange wachtlijsten of weigering, moet men naar regio Leuven of verder.

Ook andere projecten en initiatieven zijn niet evenwichtig verspreid over de regio:

Time-out initiatieven in West-Vlaams-Brabant zouden niet evenwichtig verspreid. Zo moet er vaak aangeklopt worden bij initiatieven in regio Halle.

Er is een onevenwichtige regionale spreiding van expertise binnen thuisbegeleidingsdiensten van BJB uit West-Vlaams-Brabant. Een bepaalde dienst meer ervaring in geestelijke gezondheidszorgproblemen, maar zij moeten door het gebrek aan expertise elders zich vaak buiten hun werkingsgebied verplaatsen.

Spanningen in het aanbod samengevat

- **Er is een toenemende instroom van jongeren in Bijzondere Jeugdbijstand, Gehandicaptenzorg en in het (deeltijds) Bijzonder Onderwijs type 3.**
- **Zowel voor de sector Bijzondere Jeugdbijstand, Gehandicaptenzorg, Onderwijs (BuSo type 3 OV 3 en 4 en alternatieve dagbestedingsprojecten), en voor Geestelijke Gezondheidszorg en Psychiatrie wordt een tekort in het aanbod gemeld. De Regio Halle-Vilvoorde springt hierbij in het oog.**
- **Het Nederlandstalige aanbod zou niet evenwichtig verspreid zijn in Brussel.**

3.1.4.2 Toegankelijkheid van voorzieningen

Het gevolg van de tekorten in het aanbod en de toenemende instroom is dat de toegankelijkheid bemoeilijkt wordt in Vlaams-Brabant en Brussel:

“In Vlaams-Brabant is er geen vlotte toegang tot de hulpverlening, waardoor men afhankelijk wordt van het aanbod in andere regio’s.” (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 16)”

“Uit de praktijk van diensten uit de brede toegang blijkt dat laagdrempelige, kortdurende en toegankelijke hulpverlening moeilijk op tijd te vinden is, zodat problemen mogelijk escaleren.” (Regionale Stuurgroep IJH Brussel, 2007, p. 23).

Voor Brussel wordt verwezen naar de moeilijke toegang van Nederlandstalige voorzieningen:

“Er is een beperkte of moeilijke instroom van cliënten in het Nederlandstalige circuit, o.a. door geen rechtstreekse toegang te hebben (bijv. geen toegang van consultatiebureaus in bepaalde ziekenhuizen), of omwille van taal en cultuur (in het bijzonder gemeld door de geestelijke gezondheidszorg).” (Regionale Stuurgroep IJH Brussel, 2007, p. 23)

Een beleidsbrief van Vandeurzen rapporteert een moeilijke toegang tot het VAPH-aanbod in Vlaanderen voor jongeren met ernstige gedrags- en emotionele problemen.

“Voor de moeilijkste doelgroep zetten we ook in op gerichte sectorale initiatieven. Met name is er nood aan aangepaste maatregelen voor jongeren met ernstige gedrags- en emotionele

stoornissen (GES). In dat verband startte dit jaar binnen het VAPH een taskforce minderjarigen. Deze taskforce moet voorstellen uitwerken die het VAPH-aanbod beter toegankelijk maakt voor deze doelgroep. En in het uitbreidingsbeleid voor 2011 werden een aantal bijkomende units erkend, met als voorwaarde dat ze zouden instaan voor de opname van jongeren die in een Gemeenschapsinstelling verblijven. We stellen immers daar oneigenlijke plaatsingen van GES-jongeren vast.” (Vandeurzen, 2011, p. 29)

Ongestructureerde en niet-rechtstreekse toegang tot voorzieningen

Binnen de sectoren Geestelijke Gezondheidszorg en Kinder- en jeugdpsychiatrie kaart men een ongestructureerde toegang aan tot deze sectoren die wachtlijsten in de hand zou werken.

“Wachtlijsten stimuleren de vraag: omdat mensen zich bewust zijn van de knelpunten registreren ze zich vaak bij verschillende toegangskanalen tegelijk in de hoop zo sneller toegang tot het systeem te krijgen. Hierdoor nemen wachtlijsten proporties aan die niet overeenstemmen met de realiteit. Dit probleem hangt samen met de diffuse en ongestructureerde toegang tot het GGZKJ-systeem.” (Vandenbroeck, et al., 2012, p. 8)

Daarnaast wordt opgemerkt dat er geen rechtstreekse toegankelijkheid van jongeren of hun familie bij het meldpunt van het netwerk crisisjeugdhulp is:

“Cliënten hebben geen rechtstreekse toegang tot het meldpunt van het netwerk crisisjeugdhulp. Het voorziene meldpunt is enkel toegankelijk voor hulpverleners en diensten. Dit kan voor cliënten de drempel erg verhogen.” (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 16)

Diagnostisch label

Toegang tot voorzieningen vraagt dikwijls om een diagnostisch label. Met betrekking tot de diagnostiek zijn twee verhaallijnen te distilleren: Enerzijds wordt in beleidsdocumenten en interviews gewezen op het gebrek aan diagnostiek, onder andere omwille van het tekort aan diagnostische centra. Anderzijds wordt het toekennen van diagnostische labels als een probleem ervaren.

Het gebrek aan diagnostiek

“De CLB’s in Halle-Vilvoorde geven een algemeen tekort aan hulpverleningsdiensten aan. Hierdoor is er een tekort aan diagnose- en begeleidingsmogelijkheden ondermeer voor kinderen en jongeren met autismespectrumstoornissen, psychiatrische problemen, drugproblemen en schooluitval.” (Steunpunt Sociale Planning, 2009, p. 75)

“Er zijn nog hiaten in de zorg, de samenhang en de overgangen tussen diverse zorgvormen en zorgdomeinen zijn onvoldoende gewaarborgd. Dit uit zich o.a. in foutieve toeleiding, shopping, draaideurfenomenen maar ook gebrek aan of te late inzet van gespecialiseerde diagnostiek en behandeling bij kinderen en jongeren met ernstige en langdurige GGZ stoornissen.” (Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, 2011, p. 21)

In de diepte-interviews haalt men dat een tekort aan diagnostiek een oneigenlijke en onduidelijke toewijzing naar BUSO type 3 veroorzaakt

Het merendeel van de populatie in de thuisbegeleidingsdienst voor GES jongeren stroomt binnen via een rechtstreekse aanmelding waarbij vaak geen diagnose is gekend. Een diagnosestelling zou

toelaten om begeleidingen beter af te stemmen op de jongere en gericht te werken met een methodiek. Een label maakt het ook makkelijker om iemand door te verwijzen naar de juiste voorziening, aldus informanten.

Er wordt ook gewezen op een tekort aan psychiatrische diagnosestelling in scholen, maar ook in residentiële voorzieningen.

Labels en diagnoses als probleem

Er is grote kritiek op de tendens tot classificeren om iedereen in de gepaste hulpvoorziening kunnen plaatsen. Enkele informanten uit eerstelijnsvoorzieningen stellen dat het niet nodig is om jongeren altijd te bestempelen met een label. Men moet hen meer laten zijn wie ze zijn. Een label wordt meegedragen voor heel het leven, ook al kan de problematiek nog evolueren gedurende hun adolescentie. Jongeren krijgen vaak te snel een diagnostische label, omdat dit de toegang tot voorzieningen vergemakkelijkt.

“Het Kinderrechtencommissariaat stelt vast dat het steeds strikter afbakenen van doelgroepen en de soms zeer strikte opnamevoorwaarden binnen het globale zorgaanbod, de mazen in het hulpverleningsnetwerk alsmaar groter maken. Een bijkomende moeilijkheid is dat de huidige hulp- en zorgverlening vertrekt vanuit een diagnostische visie. M.a.w. het toekennen van een label aan de minderjarige, is het toegangsticket tot gespecialiseerde hulp.” (Kinderrechtencommissariaat, 2010, p. 10)

In de interviews worden ook vragen gesteld bij de wijze waarop diagnoses worden gesteld. Diagnoses blijken ‘modegebonden’ te zijn.

Het hanteren van de DSM-IV criteria maakt een beschrijving van een probleem zeer symptomatisch zonder de context mee in rekening te brengen. Psychiaters nemen onvoldoende de thuissituatie en de schoolcontext mee op. Verschillende geïnterviewden wijzen erop dat bij diagnosestelling ook de situatie van de jongeren gediagnosticeerd dient te worden in plaats van enkel de jongere zelf.

Een diagnostisch label stigmatiseert jongeren, hoewel een probleem tijdens hun ontwikkeling nog kan afnemen.

Volgens een aantal respondenten is het gevolg van labeling dat jongeren met een gedrags- of psychologisch probleem veel te snel naar medicatie worden geleid. Dit wordt op zich een probleem voor de gezondheid van jongeren, omdat niet iedereen dit nodig heeft. Het moet voorbehouden worden aan jongeren die dit echt nodig hebben. Het inzetten van meer middelen vanuit de overheid, meer hulpverleners, zou dit kunnen tegengaan, daar men de jongeren in eerste instantie moet behandelen met therapie en niet met medicatie.

In de interviews wordt ook aangekaart dat het gebrek aan diagnosestelling samenhangt met het gegeven dat psychiaters het moeilijk hebben om een label te toe te kennen, daar de problematieken meervoudig, complex en minder eenduidig zijn:

“Toen waren ze [de stoornissen] zuiverder, nu heb je meer mengvormen”, aldus een psychiater. Daarnaast menen andere psychiaters dat het steeds een ‘en-en’ verhaal is. Zo speelt de context van de jongere vaak een invloed op de problematiek waarmee rekening

dient gehouden te worden. Het gaat vaak om jongeren die door hun context benadeeld zijn en die terechtkomen in het kluwen van de jeugdhulpverlening. Vanuit het standpunt van enkele psychiaters blijven duidelijke richtlijnen en meer expertise met betrekking tot diagnostiek nodig, daar een label deels nodig is om de juiste behandeling te kunnen aangeven.

Weigering van doelgroepen in voorzieningen

Hoger in het rapport is al allusie gemaakt op het gegeven dat sommige jongeren geweigerd worden

- Niet-begeleide buitenlandse minderjarigen(NBBM) blijken zeer moeilijk toegang te hebben tot psychiatrische settings, omwille van hun anderstaligheid of omwille van het feit dat hun mutualiteit niet in orde is. Volgens de informant wordt er altijd wel een reden gevonden om een NBBM af te wenden in de psychiatrie.
- Jongvolwassenen van 18 jaar met een GES+ in combinatie met verstandelijke beperking worden geweigerd in psychiatrische voorzieningen
- Jongeren met ernstige agressieproblemen of seksueel overschrijdend gedrag worden geweigerd in alle bevraagde voorzieningen en mogelijks in de gehele jeugdhulpverlening

Wachtlijsten

Wachtlijsten zijn niet weg te denken in de jeugdhulpverlening (Kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en het Agentschap Jongerenwelzijn, 2009, p. 4). Voor regio Brussel wordt in de beleids(ondersteunende) documenten niet in het bijzonder ingegaan op de problematiek van wachtlijsten. Nagenoeg in elke sector van de jeugdhulpverlening worden wachtlijsten aangehaald als knelpunt. Eveneens in nagenoeg alle interviews wordt dit probleem aangekaart.

“Zowat overal zijn er vandaag wachttijden en staan hulpvragers in de rij. Voor jeugdhulp en intussen ook voor kinderopvang, voor een plaats op school, ...”

(Kinderrechtencommissariaat, 2011, p. 2)

“De (beperkte) stijging van het aanbod, kan de toename van de vraag dus niet bijhouden. De draagkracht van de voorzieningen komt erg onder druk te staan. Voorzieningen en diensten slibben dicht en hebben lange wachtlijsten. Een doorlopende volledige bezetting komt de kwaliteit van de organisatie en het hulpaanbod in de voorzieningen niet ten goede.” (Steunpunt Sociale Planning, 2012, p. 51)

“Doorverwijzing naar gepaste hulpverlening lukt niet wegens wachtlijsten.” (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 16)

Wachtlijsten worden vermeld voor verschillende soorten voorzieningen in de Gehandicaptensector.” (Kinderrechtencommissariaat, 2010, p.13; Vandeuren, 2009, p. 15).

“Het Kinderrechtencommissariaat stelt echter vast dat ook bij het hulpaanbod (Medisch Pedagogisch Instituten, (semi-)residentiële voorzieningen, thuisbegeleiding) van het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap enorme wachtlijsten bestaan. Hierdoor staan heel wat gezinssituaties onder druk. Ouders willen vaak zo lang als mogelijk de zorgen voor hun kind met een handicap opnemen. Als ze dan aangeven dat het niet meer kan, krijgen ze te horen dat er overal wachtlijsten zijn.” (Kinderrechtencommissariaat, 2010, p. 12)

“Bovendien maakt de stijgende instroom dat de wachttijden voor gepaste hulp langer worden én dat nog steeds veel kinderen en jongeren en hun gezin op een wachtlijst terechtkomen. Door de wachtlijsten in de jeugdhulpverlening dienen jongeren in Vlaanderen een lange wachttijd te doorlopen eer ze gepaste hulp kunnen ontvangen, voornamelijk in de gehandicaptensector in Vlaanderen.” (Kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en het Agentschap Jongerenwelzijn, 2009, p. 18)

Meer specifiek zouden in MPI's ook knelpuntdossiers op een wachtlijst te komen staan.

“Meldingen laten zien dat in de praktijk het knelpuntdossier zeer lang bovenaan de wachtlijst kan blijven staan. Professionals melden ons dat in de praktijk het knelpuntdossier wel als eerste wordt besproken op de zorgbemiddelingsvergadering, maar dat het daarom niet betekent dat de MPI's deze dossiers opnemen.” (Kinderrechtencommissariaat, 2010, p. 13)

In een interview wordt een mogelijke oorzaak van de wachtlijsten in MPI's aangehaald:

In een specifiek MPI merkt men lange wachtlijsten voor jongeren met een GES al dan niet in combinatie met licht tot matige verstandelijke handicap. De oorzaak hiervan is dat deze doelgroep geen uitstroom kent gezien de omvang en ernst van de problematiek. Dit wordt echter genuanceerd door een andere informant die meent dat de wachtlijsten in Brussel en West-Vlaams-Brabant inslinken voor jongeren met GES, dit in tegenstelling tot de wachtlijsten voor jongeren met autisme.

In de Bijzondere Jeugdbijstand meldt men zowel wachttijden in ambulante als residentiële voorzieningen die elkaar in stand houden (Kinderrechtencommissariaat, 2010; Vandeurzen, 2009, p. 16; Vandeurzen, 2011, p. 9).

“Het systeem van wachtlijsten tussen ambulante hulp en residentiële hulp houden mekaar ook in stand. Soms wordt onvoldoende snel en efficiënt ingesprongen met ambulante zorg waardoor situaties escaleren tot een zware POS. Enkel residentiële plaatsing kan dan nog een uitweg bieden.” (Kinderrechtencommissariaat, 2010, p. 9)

“Vooral in Halle-Vilvoorde komen, door het gebrek aan welzijnsvoorzieningen, hulpvragen sneller in het meer ingrijpend hulpverleningskader van de BJB terecht. 39% van de jongeren voor wie in 2006 een dossier werd geopend staat op de wachtlijst.” (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 13)

“De stijgende instroom maakt dat de wachttijden voor gepaste hulp langer worden én dat nog steeds veel kinderen en jongeren en hun gezin op een wachtlijst terechtkomen. Jongeren blijven bovendien ook langduriger in de bijzondere jeugdzorg.” (Steunpunt Sociale Planning, 2012, p. 51)

In de Geestelijke Gezondheidszorg -meer specifiek in CGG-en Kinder- en Jeugdpsychiatrie worden eveneens wachttijden gerapporteerd (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 13).

“Ondanks de reeds genomen zorgvernieuwingsinitiatieven blijft er een unanieme vraag naar een goed functionerend geheel van assertive care, crisiszorg en urgentiezorg. Mede door een tekort aan capaciteit ambulante basiszorg en hieruit voortvloeiende wachttijden, kan in

ontsporende situaties soms onvoldoende direct en performant ingegrepen worden.”
(Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, 2011, p. 31)

“Er zijn lange wachtlijsten voor kinderen en jongeren, zowel bij ambulant (CGG/SSM) als bij residentiële diensten.” (Vandenbroeck, et al., 2012, p. 8)

“M.b.t. kinder- en jeugdpsychiatrische problemen stellen we echter vast dat er aan elke ingangspoort van iedere voorziening lange wachtrijen staan.” (Ministeriële subwerkgroep Revalidatie, 2007b, p. 5)

In enkele rapporten worden analyses gemaakt waarom wachtlijsten in de Geestelijke Gezondheidszorg blijven bestaan:

“Uit een diagnostische analyse bleek dat het systeem van GGZ voor kinderen en jongeren worstelt met een cluster van onderling samenhangende problemen. De kern van de problematiek is daarbij de extreme versnippering en compartimentalisering tussen organisaties, sectoren en beroepen. De kostprijs van deze versnippering is aanzienlijk, zowel wat menselijk lijden betreft, als op het vlak van middelen. De zeer lange wachtlijsten zijn maar een van de meer opvallende indicatoren van deze belasting en inefficiëntie.”
(Vandenbroeck, et al., 2012, p. 30)

“Wachtlijsten stimuleren de vraag: omdat mensen zich bewust zijn van de knelpunten registreren ze zich vaak bij verschillende toegangskanalen tegelijk in de hoop zo sneller toegang tot het systeem te krijgen. Hierdoor nemen wachtlijsten proporties aan die niet overeenstemmen met de realiteit. Dit probleem hangt samen met de diffuse en ongestructureerde toegang tot het GGZKJ-systeem.” (Vandenbroeck, et al., 2012, p. 8)

In de interviews worden de wachtlijsten in CGG verklaard door (1) de hoge kostprijs voor een zelfstandige psychologen, waardoor meer cliënten aankloppen bij CGG's, (2) een complexe problematiek vraagt langere begeleidingen, (3) sommige CGG geven prioriteit aan crisisgevallen ondanks wachtlijsten. Daardoor vallen andere jongeren met minder ernstige problemen op die moment uit.

Er wordt wel op gewezen dat wachtlijsten tijdsgebonden zijn voor sommige voorzieningen: zo komen in CGG's meer hulpvragen binnen rond de examenperiodes voor de kerstvakantie en de zomervakantie.

Te hoge financiële drempels

In de diepte-interviews kaart men meermaals de hoge kostprijs aan van begeleiding of opname in bepaalde voorzieningen:

- Door het tekort aan reguliere dagcentra in de gehandicaptenzorg zien ouders zich genooddaakt meer te betalen voor private initiatieven.
- Door de prijzen van ambulante begeleiding van zelfstandige psychotherapeuten wordt het te duur en kennen CGG's een toenemende instroom omwille van de goedkopere kostprijs voor de cliënt.

- De kostprijs van psychiatrische voorzieningen vormen een drempel. Er wordt ook op gewezen dat de kostprijs van een ambulante begeleiding veel hoger is dan een langdurig verblijf met een “all-in” formule (“bed, bad, brood, begeleiding”. Hulpverleners uit te psychiatrie wijzen op de barrières van tijd en organisatie van ouders om telkens tot de voorziening te komen.

Toegankelijkheid van voorzieningen samengevat

- **Ongestructureerde toegang tot de sectoren in de jeugdhulpverlening werkt wachtlijsten in de hand.**
- **Enerzijds wordt er een tekort aan diagnostiek en expertise hierin ervaren. Anderzijds wordt er ook op gewezen dat een label stigmatisering in de hand werken.**
- **Jongvolwassenen van 18 jaar met een GES+ in combinatie met verstandelijke beperking, niet-begeleide buitenlandse minderjarigen en jongeren met ernstige agressieproblemen of seksueel overschrijdend gedrag, stoten op weigeringen om toegelaten te worden.**
- **Het ontbreekt aan aangepaste hulpverlening voor Jongeren met ernstige agressieproblemen die voorkomen uit een meervoudige problematiek.**
- **In elke sector van de jeugdhulpverlening is sprake van wachtlijsten.**
- **Er ontstaan financiële drempels voor ouders die op de private markt van voorzieningen terecht moeten.**

3.1.4.3 Moeilijkheden in het doorverwijzingsproces van cliënten

De discussie over tekorten in het aanbod is niet alleen een kwantitatief vraagstuk. Er worden ook vragen gesteld op welke manier het aanbod anders kan ingezet worden:

“Eenzelfde nood aan flexibilisering van het aanbod (=op maat van de vraag) ervaren de voorzieningen van de bijzondere jeugdbijstand. Het huidige organisatie- en subsidiemodel sluit niet langer aan bij de nood aan naadloze zorg op maat. Een structurele hertekening van dit aanbod dringt zich op. Dat was ook een bevinding van de ad hoc –commissie jeugdzorg waar we gevolg aan geven.” (Vandeuren, 2011, p. 30)

In de diepte-interviews wordt de ontoereikende werking van de jeugdhulpverlening gekoppeld aan organisatiemodaliteiten.

De onderverdeling in ‘eerste-, tweede- en derdelijnszorg’ is niet volledig af te bakenen. Er heerst vooral een grijze zone tussen eerste- en tweedelijnsvoorzieningen, die vaak dezelfde soort begeleiding aanbieden, aldus informanten uit CAW en CGG.

Volgens enkele informanten werd de modulering van het hulpaanbod (o.l.v. Integrale Jeugdhulp) als een fiasco ervaren vorige jaren. Het was een inefficiënt systeem.

In het algemeen lukt doorverwijzing in Vlaanderen en Brussel moeilijker omwille van het tekort in aanbod en de wachtlijsten:

“Doorverwijzing naar gepaste hulpverlening lukt niet wegens wachtlijsten. Men continueert een niet-gepaste hulpverlening om de cliënt niet in de kou te laten staan.” (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 16)

“Naast een hoge gemiddelde bezettingsgraad noteren we een exponentiële toename van het aantal lopende maatregelen buiten de geprogrammeerde capaciteit: pleegplaatsingen, preventieve sociale acties (PSA), internaatsplaatsingen, enz. Het aantal maatregelen buiten de geprogrammeerde capaciteit nam in 2007 58% van het totaal aantal lopende maatregelen (2003: 52%) in. Dit steeds toenemende aantal duidt er wellicht op dat verwijzende instanties, bij gebrek aan onmiddellijk beschikbaar hulpaanbod in de geprogrammeerde capaciteit (begeleidingstehuizen, diensten voor thuisbegeleiding, dagcentra, OOC's, enz.) andere hulpvormen (buiten de geprogrammeerde capaciteit) als noodoplossing gebruiken. Deze tendens is sedert 2005 versterkt.” (Kabinet van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin & Agentschap Jongerenwelzijn, 2009, p. 18)

“In de rand rond Brussel zijn er bijvoorbeeld veel anderstaligen en is het voorzieningenaanbod eerder klein, zodat doorverwijzing minder efficiënt kan gebeuren.” (Steunpunt Sociale Planning, 2010a, p. 20)

Problemen met doorverwijzing zouden in Vlaams-Brabant voornamelijk voorkomen in eerstelijns hulpverlening, CGG en kinderpsychiatrie:

“Door een tekort aan eerstelijns hulp wordt meteen ingrijpende hulp toegepast of escaleert het probleem tot een crisissituatie. Het tekort aan eerstelijns hulp is ook oorzaak van de onnodige verlenging van ingrijpende hulp, omdat men niet terug kan verwijzen naar de eerstelijns hulp.” (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 16)

“Door het algemene tekort in Vlaams-Brabant is doorverwijzen moeilijk vooral naar de Centra Geestelijke Gezondheidszorg en kinderpsychiatrie.” (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 11)

Voor CLB's zou het niet duidelijk zijn wanneer doorverwijzingen dienen te gebeuren naar Comité's voor Bijzondere Jeugdzorg.³

“Voor de centra voor leerlingenbegeleiding is het momenteel niet helder wanneer ze best doorverwijzen naar de comités voor bijzondere jeugdzorg. Deze comités hebben vaak de ervaring dat zij niet kunnen tegemoetkomen aan de verwachtingen van de centra voor leerlingenbegeleiding.” (Kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en het Agentschap Jongerenwelzijn, 2009, p. 49)

Interactionele knelpunten

Interactionele knelpunten definiëren we als barrières die optreden in de samenwerking binnen en tussen voorzieningen.

Moeilijke(inter)sectorale samenwerking

In de beleidsdocumenten wordt een samenwerkingsprobleem binnen en tussen sectoren ter sprake gebracht voor de regio Vlaams-Brabant door de inflexibele regelgeving gecombineerd met het tekort in hulpaanbod. Er wordt in dat kader veel verwezen naar de jongeren met meervoudige problemen.

³ Deze stelling in de rapporten wordt tegengesproken door geïnterviewden uit een West-Vlaams-Brabants CLB

“De regelgeving maakt samenwerking in en tussen sectoren dikwijls onmogelijk, waardoor een aantal meervoudige problematieken geen gepaste hulp krijgt”. (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 24).

“Samenwerking wordt door het tekort in hulpaanbod vaak moeilijk of quasi onmogelijk: er is geen overschot en er zal geen overschot gecreëerd worden door samenwerking.” (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 16)

Een gebrekkige samenwerking zou de uitval van meervoudige problematieken kunnen veroorzaken.

“Specifieke vragen in verband met meervoudige problemen vallen meestal uit de boot, door een tekort aan aanbod, of door een tekort aan afstemming en/of samenwerking. De sectoren halen volgende problematieken aan: kinderen en jongeren met een psychiatrische problematiek en gedragsproblemen; met een verstandelijke beperking en gedragsproblemen; met een verstandelijke beperking en psychische problemen; delinquente jongeren met een psychiatrische problematiek en/of een verstandelijke beperking; schooluitvallers.” (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 15)

De moeilijke samenwerking in Vlaams-Brabant kan te wijten zijn aan de complexe samenstelling van deze provincie:

“De historisch gegroeide complexiteit van Vlaams-Brabant bemoeilijkt de samenwerking. De situatie in Vlaams Brabant is complex op geografisch, organisatorisch, bestuurlijk en gerechtelijk vlak. Gezien deze context is het logisch dat Brussel nog altijd fungeert als centrumstad voor Halle-Vilvoorde. Alle verkeersassen vanuit deze regio lopen naar Brussel. Toch is de ‘vlotte’ bereikbaarheid van de hulpverlening in Brussel geen alternatief voor kinderen, jongeren en ouders uit Halle-Vilvoorde. De mentale en/of culturele afstand met de grootstad wordt immers steeds groter en daarnaast zijn er de dagelijkse files. Bij de indeling van de regio’s IJH werden van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest en Vlaams-Brabant 2 aparte regio’s gemaakt. Bedoeling is de cliënten de mogelijkheid te geven in eigen regio een hulpvraag te stellen, zodat zij niet meer verwezen worden naar voorzieningen in Brussel of Oost-Vlaanderen. Voorwaarde is wel dat Halle-Vilvoorde over een volwaardig hulpverleningsaanbod beschikt. De ligging van Brussel, tussen Halle-Vilvoorde en Leuven in, en de bijhorende verkeersknoop, maken dat het contact tussen hulpverleners van beide arrondissementen moeilijk en tijdrovend is. Daardoor is er geen traditie en cultuur van samenwerking, ook niet tussen de voorzieningen van dezelfde sector, maar gelegen in een verschillend arrondissement.” (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 24)

In Vlaams-Brabant wordt een stroeve samenwerking gemeld tussen respectievelijk CAW en CLB enerzijds en andere types voorzieningen anderzijds⁴:

“Deze CAW’s zijn zo klein dat zij de ambulante eerstelijnsfunctie nauwelijks kunnen waarmaken. Samenwerking met andere voorzieningen staat dan ook vaak onder druk.” (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 11)

⁴Deze uitspraken in de rapporten worden tegengesproken door geïnterviewden uit een West-Vlaams-Brabants CLB.

“De samenwerking van CLB’s met andere hulpverleningsdiensten kan echter verbeterd worden.” (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 14)

IJH Brussel meldt barrières in haar samenwerking met andere structuren:

“Er is nog te weinig regie, verbinding, afstemming en efficiëntie tussen de interne overlegstructuren van IJH en de andere bestaande structuren (o.a. Brusselse Intervisie voor Kinderen en Adolescenten (BIKA), Forum Kindermishandeling, lokaal sociaal beleid, opvoedingsondersteuning).” (Regionale Stuurgroep IJH Brussel, 2007, p. 30)

In een grootschalige bevraging over garantie van het recht op leren in residentiële voorzieningen wordt een betere samenwerking aanbevolen tussen onderwijs en CLB:

“Alle voorzieningen waar leerplichtige jongeren verblijven zijn vragende partij voor een nauwere samenwerking met onderwijs (school/CLB van herkomst of nieuwe school/CLB indien jongere geen school meer heeft). Een goede samenwerking vergroot immers de kans op een goede re-integratie van de jongeren.” (Stuurgroep o.l.v. Minister van Onderwijs en Jeugd en de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2012b, p. 16)

Verschillende documenten duiden op tekortkomingen in de samenwerking met en tussen diensten van de Geestelijke Gezondheidszorg en de Eerstelijnszorg. In de documenten wordt daarbij verwezen naar zowel structurele als culturele barrières (Ministeriële subwerkgroep Revalidatie, 2007b, p.4; Vandenbroeck. et al., 2012, p.8).

“Er zijn nog hiaten in de zorg, de samenhang en de overgangen tussen diverse zorgvormen en zorgdomeinen zijn onvoldoende gewaarborgd. Dit uit zich o.a. in foutieve toeleiding, shopping, draaideurfenomenen maar ook gebrek aan of te late inzet van gespecialiseerde diagnostiek en behandeling bij kinderen en jongeren met ernstige en langdurige GGZ-stoornissen. Efficiëntiewinst kan behaald worden door betere samenwerking, zowel tussen de GGZ-actoren onderling als met de partners van de belendende sectoren. Vooral in de ambulante (22) basiszorg dienen alle spelers (CGG, poliklinische zorg, ambulante revalidatiesettings, vrij gevestigde hulpverleners en het dag/nachtaanbod van de K-diensten) maximaal krachten te bundelen in een globaal zorgprogramma GGZ kinderen en jongeren.” (Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, 2011, p. 22)

“In het streven naar een betere samenwerking en complementariteit tussen voorzieningen die zorg verlenen aan kinderen en jongeren met geestelijke gezondheidsproblemen wordt reeds jaren getimmerd aan een kader voor de ontwikkeling van zorgcircuits.” (Ministeriële subwerkgroep Revalidatie, 2007b, p. 5)

“Daarnaast is het ook noodzakelijk aandacht te besteden aan het verbeteren van samenwerkingsverbanden tussen verschillende partners, zowel in de GGZ als in de eerste lijn, die zich richten op mensen met een psychische problematiek.” (Steunpunt Sociale Planning, 2012, p. 86)

In de interviews worden nog vormen van intersectorale samenwerking aangehaald die stroef verlopen.

Informanten uit een thuisbegeleidingsdienst van VAPH ervaren een te beperkte samenwerking met kinderpsychiaters. Daarnaast is ook meer samenwerking gewenst overheen sectoren bij crisissituaties.

Ook de samenwerking tussen CAW en CLB te Brussel enerzijds en CBJ kan verbeterd worden.

Ontbrekende dialoog in bicommunautaire samenwerking in Brussel

IJH Brussel en geïnterviewden uit een CAW, CGG en CLB in Brussel geven knelpunten aan in de samenwerking met Franstalige partners:

“Er is geen afstemming met de Franse Gemeenschap over de concrete toepassing en de programmatie van de diensten. Een intense samenwerking met de Franse Gemeenschap is echter niet enkel wenselijk, maar ook noodzakelijk.”(Regionale Stuurgroep IJH Brussel, 2007, p. 19)

“In Brussel bestaan er twee afzonderlijke hulpverleningscircuits. Er is op beleidsniveau geen dialoog tussen de gemeenschappen betreffende afstemming en programmatie van het aanbod. Op aanbodniveau is er weinig of geen samenwerking met het Franstalige en bicommunautaire (openbare) aanbod en toeleiders. Beide hulpverleningscircuits hebben een uiteenlopende praxis en tussen hen bestaat er een communicatiebarrière (taal en cultuur).”(Regionale Stuurgroep IJH Brussel, 2007, p. 24)

Interactionele knelpunten samengevat

- **Inflexibele regelgeving en een tekort in aanbod bemoeilijkt effectieve samenwerking, waardoor vooral jongeren met een meervoudige problematiek uit de boot vallen.**
- **Er ontbreekt dialoog en samenwerking tussen Nederlandstalige en Franstalige jeugdhulpvoorzieningen in Brussel.**

Structurele knelpunten

Onder structurele knelpunten verstaan we barrières die aanwezig zijn in de samenstelling/opbouw van de jeugdhulpverlening.

Versnippering van voorzieningen

Een stroeve samenwerking binnen en tussen sectoren zou het gevolg kunnen zijn van het gebrek aan samenhang in de jeugdhulpverlening. (Kinderrechtencommissariaat, 2010, p. 10)

“Verschillende hulpverleningsvorm combineren is zeer moeilijk tot onmogelijk omwille van versnippering over verschillende sectoren.” (Kinderrechtencommissariaat, 2011, p. 3)

“De kern van de problematiek is daarbij de extreme versnippering en compartimentalisering tussen organisaties, sectoren en beroepen. De kostprijs van deze versnippering is aanzienlijk, zowel wat menselijk lijden betreft, als op het vlak van middelen. De zeer lange wachtlijsten zijn maar een van de meer opvallende indicatoren van deze belasting en inefficiëntie.”
(Vandenbroeck et al., 2012, p.30)

“Er zijn nog hiaten in de zorg, de samenhang en de overgangen tussen diverse zorgvormen en zorgdomeinen zijn onvoldoende gewaarborgd. Dit uit zich o.a. in foutieve toeleiding, shopping, draaideurfenomenen maar ook gebrek aan of te late inzet van gespecialiseerde diagnostiek en behandeling bij kinderen en jongeren met ernstige en langdurige GGZ-stoornissen.” (Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, 2011, p. 21)

Voor Brussel zorgt volgens een geïnterviewde het diverse publiek, het tekort in aanbod en de discontinuïteit in hulpverlening ervoor dat de problematiek vaak al in een zwaarder stadium zit wanneer de hulpverlening ermee geconfronteerd wordt, dan het geval hoeft te zijn.

Regelgeving

Er wordt op gewezen dat de regelgeving de ontwikkelingen van nieuwe organisatiemodellen en samenwerking bemoeilijkt.

“De regelgeving maakt samenwerking in en tussen sectoren dikwijls onmogelijk, waardoor een aantal meervoudige problematieken geen gepaste hulp krijgt.” (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 24).

“De weinig flexibele sectorale regelgeving maakt zorg op maat soms onmogelijk en bemoeilijkt de samenwerking. Dikwijls zijn combinaties van modules in dezelfde sector al niet mogelijk, laat staan intersectorale combinaties. Bovendien maken grote verschillen in sectorale regelgeving de samenwerking nog moeilijker, onder meer in verband met zakgeld, schoolkosten en verblijfskosten.” (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 16)

“De regio Brussel heeft een bijzonder institutioneel kader: de regio is een eigen gewest, er is een Vlaamse en Franse Gemeenschap, er zijn 19 gemeenten en vooral openbare instellingen die bicommunautair aangestuurd worden. Dit institutionele kader zorgt voor bestuurlijk bijkomende problemen, bekeken vanuit en met effect op het cliëntperspectief: afstemming en programmatie, logistieke context (regelgeving), rechtenperspectief.” (Regionale Stuurgroep IJH Brussel, 2007, p. 17)

Doorverwijzingen kunnen belemmerd worden door de regelgevingen en daaraan gekoppelde financiering van voorzieningen.

Bijvoorbeeld, zolang iemand is ingeschreven in een MPI (gefinancierd door VAPH), kan je niet tegelijk naar Bijzondere Jeugdzorg. Daardoor wordt continuïteit in de trajecten verhinderd. (Men tracht dit momenteel echter wel beter te ondervangen via invoering van het integrale jeugdhulpdecreet, time-outovereenkomsten die VAPH instellingen kunnen afsluiten met gemeenschapsinstellingen, intersectorale toegangspoort en de oprichting van de multifunctionele centra, zowel in bijzonder jeugdzorg als in het VAPH).

Verschillende geïnterviewden bekritisieren het VAPH omwille van zijn té complexe administratieve procedures om uiteindelijk erkend te worden door deze instantie. Het is daarenboven niet altijd duidelijk waar de regelgeving van het VAPH kan worden teruggevonden.

De regelgeving van de Geestelijke Gezondheidszorg en de pleegzorg in Vlaanderen zou het aanbieden van hulp bemoeilijken.

“Pleegzorg situeert zich in Vlaanderen in vier sectoren: Jongerenwelzijn, Kind & Gezin en het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap, Agentschap Zorg en Gezondheid. Pleegzorg kent in deze sectoren een verschillende evolutie. De verschillen in de (subsidie)regelgeving zijn het gevolg van de eigenheid en de doelgroep van en de verschillende benaderingen door de betrokken sectoren. Vooral voor de gebruikers schept dit verwarring. Om van pleegzorg effectief een krachtdadige werkvorm te maken, onderzoeken we waar we de verschillende (subsidie)regelgevingen kunnen harmoniseren en intersectoraal kunnen afstemmen. Om zo te komen tot één, overkoepelend decreet pleegzorg. Een administratieve, intersectorale werkgroep analyseert, vertrekkende vanuit de conclusies in het eindrapport “Pleegzorg”, de vigerende regelgevingen en formuleert intersectorale harmoniserings- en optimaliseringsvoorstellen.” (Kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en het Agentschap Jongerenwelzijn, 2009, p. 58)

Voor de sector Bijzondere Jeugdbijstand is de regeling met betrekking tot de gerechtelijke maatregelengecompliceerd door de verschillende regelgeving voor Brussel en arrondissement Halle-Vilvoorde.

“Vlaams-Brabant is, samen met het Brussels Hoofdstedelijk Gewest, in de organisatie van de BJB een buitenbeentje. Zo bestrijkt het gerechtelijk arrondissement Brussel-Halle-Vilvoorde zowel Brussel (Brussels Hoofdstedelijk gewest) als het arrondissement Halle-Vilvoorde. Beide regio's hebben een verschillende regelgeving. Franstalige gezinnen die in Halle-Vilvoorde wonen of waarvan de kinderen er school lopen, kunnen kiezen voor een Franstalige procedure, waarbij Nederlandstalige consulenten van de Sociale dienst van de Jeugdrechtbank moeten samenwerken met Franstalige jeugdrechters.” (Steunpunt Sociale Planning, 2012, p. 52)

Gelijkaardige fenomenen worden ook aangehaald door de geïnterviewden:

Een thuisbegeleidingsdienst van Bijzondere Jeugdbijstand in West-Vlaams-Brabant ervaart het als moeilijk werken wanneer ze gezinnen moeten begeleiden die onder de bevoegdheid van Franstalige rechters in Brussel vallen. Deze volgen namelijk andere regels, maar functioneren ook onder een andere cultuur. Hierdoor is het aftasten wat de eisen en verwachtingen zijn volgens deze procedure.

De regelgeving in opvangcentra voor NBBM hangt zeer nauw samen met beslissingen van de overheidsdienst Vreemdelingenzaken. Zo merkt men dat er nu veel meer jongeren zijn zonder documenten. Vroeger kregen ze wel vaker tijdelijk documenten tot hun 18 jaar. Nu zijn er in dit opvangcentrum meer en meer 16-17jarigen die geen documenten meer krijgen, zelfs niet tijdelijk. Daardoor zijn er meer NBBM zonder mutualiteit en die bijvoorbeeld al heel vroeg een bevel krijgen om het grondgebied te verlaten.

Ook de overgang van jeugdhulpverlening naar hulpverlening voor volwassenen met andere regels wordt geproblematiseerd in de interviews.

Wanneer een jongere de leeftijd van 18 jaar bereikt dan stopt de ‘jeugdhulpverlening’ en moet hij/zij worden doorverwezen naar een volwassenenorganisatie. Deze overgang is te

bruusk en gebeurt niet op consistente manier. Bovendien speelt een andere regelgeving nu parten en treden nieuwe knelpunten op de voorgrond.

Taalbarrières

Het aanbod van Nederlandstalige hulpverlening schiet tekort in de opvang aan Frans- of anderstaligen in regio Brussel-Halle-Vilvoorde of omgekeerd.

“Er is een beperkte of moeilijke instroom van cliënten in het Nederlandstalige circuit, o.a. door geen rechtstreekse toegang te hebben (bijv. geen toegang van consultatiebureaus in bepaalde ziekenhuizen), of omwille van taal en cultuur (in het bijzonder gemeld door de geestelijke gezondheidszorg).” (Regionale Stuurgroep IJH Brussel, 2007, p. 23)

“De samenwerking met andere hulpverleningsdiensten kan nog verbeterd worden. Er is nood aan verdere kennismaking, duidelijker profilering en afspraken over het delen van informatie. De CLB's in Halle-Vilvoorde geven een algemeen tekort aan hulpverleningsdiensten aan. Hierdoor is er een tekort aan diagnose- en begeleidingsmogelijkheden onder meer voor kinderen en jongeren met autismespectrumstoornissen, psychiatrische problemen, drugproblemen en schooluitval. Bovendien zijn heel wat leerlingen, voornamelijk in Halle-Vilvoorde, Franstalig. Zij kunnen moeilijker terecht in de Nederlandstalige hulpverlening.” (Steunpunt Sociale Planning, 2010, p. 78)

“Een bijkomende moeilijkheid is de procedure waarbij cliënten van het gerechtelijke arrondissement Brussel-Halle-Vilvoorde kiezen voor de Franse taalrol in afhandeling in jeugdzaken. De hulp moet echter verleend worden door Nederlandstalige voorzieningen als de cliënten erom vragen, ook al zijn die anderstalig. De voorzieningen willen ook een kwaliteitsvol aanbod organiseren voor anderstaligen, maar voor vele Nederlandstalige hulpverleners is dit niet vanzelfsprekend.” (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 13)

Daarenboven zou ook een capaciteit van voorzieningen ontbreken om op anderstalig cliënteel in te spelen, zoals bijvoorbeeld bij VAPH.

“Vanuit de provincie onderzoekt men reeds langer het verschil aan zorgvragen tussen de twee arrondissementen. Er werden al een aantal mogelijke verklaringen aangehaald, bijvoorbeeld in het kader van een onderzoeksopdracht van het HIVA. Een mogelijke verklaring kan liggen in het kleinere welzijnsaanbod in het arrondissement Halle-Vilvoorde, dat de vraag negatief beïnvloedt. De taal zou in de rand rond Brussel ook een rol kunnen spelen. Anderstaligen vinden ook mogelijk de weg minder gemakkelijk naar het bestaande aanbod aan voorzieningen. Of ze zouden zich minder gemakkelijk richten tot het VAPH omdat ze niet wensen opgenomen te worden in een Nederlandstalige voorziening.” (Steunpunt Sociale Planning, 2010a, p. 56)

“Er is een meertalig cliënteel ten opzichte van een Nederlandstalig/Franstalig aanbod. Deze nog steeds groeiende Brusselse populatie past niet binnen het tweeledige gemeenschapsmodel.” (Regionale Stuurgroep IJH Brussel, 2007, p. 24)

Ook de geïnterviewden bespreken enkele struikelblokken met betrekking tot het aanbieden van Franstalige of anderstalige hulpverlening

- CGG's in Halle-Vilvoorde begeleiden officieel geen Nederlandstalige jongeren die in Wallonië wonen, maar aangezien deze jongeren niet genoeg Frans kunnen om in Wallonië begeleid te worden, maken CGG's in Halle-Vilvoorde uitzonderingen.
- Meerdere informanten uit West-Vlaams-Brabant uiten enig ongenoegen over het feit ze vaak Franstalige begeleidingen moeten doen (voornamelijk m.b.t. de ouders van jongeren), hoewel ze officieel Nederlandstalige instanties zijn (die nota bene ook geen aanwervingscriterium van Franse taalvaardigheid kunnen eisen), aldus informanten.
- Voor een Brussels CAW is het vaak moeilijk om Nederlandstalige therapeuten te vinden in hun regio.
- Er wordt kritiek geuit op zogenaamde bicommunautaire ziekenhuizen met een psychiatrische afdeling die in de praktijk voornamelijk Franstalig zouden zijn (met uitzondering van Kliniek Sint Jan)
- Bij plaatsgebrek probeert men soms jongeren door te sturen naar Franstalige voorzieningen (e.g. dagcentrum L'équipe), maar door de taalbarrière bij Nederlandstalige jongeren lukt dit niet.
- Sommige (niet omschreven) diensten zouden Franstalige cliënten weigeren.
- Begeleidingen van anderstalige cliënten loopt moeilijk, daar het werken met tolken niet eenvoudig is en duur kan zijn.

Structurele knelpunten samengevat

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Versnippering van voorzieningen in de jeugdhulpverlening en gebrekkige samenwerking belemmert continuïteit in het hulpverleningstraject van de jongere.• Inflexibele en complexe regelgeving (i.c. in de sectoren BJB, gehandicaptenzorg en GGZ) bemoeilijkt de samenwerking en de ontwikkeling van geïntegreerde organisatiemodellen.• Er spelen administratieve en regelgevende barrières bij de overgang tussen jeugdhulpverlening naar hulpverlening voor volwassenen.• De Nederlandstalige hulpverlening beschikt niet over de competenties voor de opvang van Frans- of anderstaligen in regio Brussel-Halle-Vilvoorde. |
|--|

Knelpunten m.b.t organisatiecultuur

Culturele verschillen tussen voorzieningen

De interviews geven weer dat samenwerking en doorverwijzing kan belemmerd worden door culturele verschillen tussen organisaties. Verschillende werkwijzen (inhoudelijk en logistiek) en doelstellingen van voorzieningen bemoeilijken samenwerking en doorverwijzing volgens meerdere geïnterviewden.

Organisaties van eerste- tweede- en derde lijn werken op een verschillende snelheid en doelstellingen. Zo kan een CLB sneller hulp verlenen dan een CBJ (wat dan op zijn beurt te maken heeft met de werkdruk bij de consulenten van CB). Organisaties voeren ook andere processen uit (e.g. psychiatrie zijn meer actiegericht in tegenstelling tot therapie in een CCG dat meer een afwachter houding aanneemt).

Dit verschil in snelheid, maar ook intensiteit wordt opgemerkt door de sector Psychiatrie. De stap van een residentieel verblijf naar een ambulante begeleiding is te groot.

Hulpverleners zouden concepten op een niet-systematische manier hanteren. Zo is het tussen de voorzieningen en sectoren niet altijd duidelijk wat bijvoorbeeld bedoeld wordt met 'crisishulp'. Dit kan voor onduidelijkheid en wrevel zorgen.

De administratieve instellingen zoals VAPH of instellingen zoals CBJ, Jeugdrechtbank en ook Psychiatrie blijken vaak een rigide houding aan te nemen in dossiers.

Een thuisbegeleidingsdienst van VAPH vindt het moeilijk samenwerken met zijn werkgever. Ze ervaren een zeer rigide houding van VAPH met betrekking tot het toekennen van labels. Vaak worden erkenningen onterecht geweigerd.

De samenwerking met het CBJ loopt stroef volgens een CAW en CLB te Brussel. Dit komt onder andere door de rigide houding van het CBJ: *"Het CBJ lijkt vaak te denken 'wij zijn nu ingeschakeld, dus wij bepalen hoe het verder verloopt,' terwijl wij als CAW al een heel traject hebben afgelegd met de cliënt. Dit wordt niet afgestemd op elkaar"*. Ook de jeugdrechtbank zou zijn autoritaire positie te veel naar voren schuiven.

Het (onterecht) invoeren van het beroepsgeheim binnen de psychiatrie bemoeilijkt de verhoudingen tussen instellingen omdat niet altijd alle informatie over de jongeren doorstroomt.

Een verschil in visie op de problematiek en in de manier van werken kan zorgen voor strubbelingen. De Jeugdrechtbank en het Vertrouwenscentrum Kindermishandeling wordt tijdens de gesprekken meerdere keren vernoemd.

Het samenwerken van een thuisbegeleidingsdienst van BJB met het OCMW en Vertrouwenscentrum Kindermishandeling wordt vaak belemmerd door een verschillende kijk op de problematiek. Zo bekijken deze voorzieningen de situatie van een gezin en zijn jongere vanuit een ander standpunt dan de thuisbegeleidingsdienst. Bijgevolg kan dit meningsverschillen teweegbrengen met betrekking tot de hulpverlening.

Een verschillende visie in werking maakt samenwerking met partners in de psychiatrie en Vertrouwenscentrum Kindermishandeling soms moeilijk, aldus een psychiater.

Een thuisbegeleidingsdienst van VAPH meldt dat het VAPH zelf de samenwerking kan bemoeilijken door een verschil in visies op de werking van het centrale VAPH orgaan en de dienst.

Volgens meerdere geïnterviewden verloopt de samenwerking met het comité bijzondere jeugdzorg en jeugdrechtbank moeilijk omwille van een verschillende beoordeling van de situatie en ernst van een problematiek. De klemtoon van deze instanties ligt meer op het wettelijke aspect.

Vanuit psychiatrie merken hulpverleners dat andere voorzieningen te hoge verwachtingen stellen van het genezingsproces van de jongeren in een KJP ziekenhuis/voorziening.

Samenwerking met hulpverleners uit andere voorzieningen binnen of buiten de sector is zeer dikwijls persoonsgebonden en kan daardoor de doorverwijzing bemoeilijken.

CAW crisismeldpunt Brussel stelt dat samenwerking tijdens een doorverwijzing afhankelijk is van hulpverlener tot hulpverlener. Daarenboven gebeurt de samenwerking beter indien men persoonlijk contact heeft gehad.

Volgens meerdere informanten hangt samenwerking met CBJ sterk af van consulent tot consulent

Doorschuif-politiek van voorzieningen

Sommige doelgroepen worden door voorzieningen doorgeschoven naar andere voorzieningen, omdat men zich zelf niet competent acht om hen te begeleiden of omdat ze niet passen in de werkmodellen van de instelling. Als gevolg hiervan vallen enkele doelgroepen uit de boot.

Meerdere informanten uit CGG Brussel geven aan dat CGG's uit Vlaams-Brabant anderstaligen te gemakkelijk doorverwijzen naar CGG's in Brussel. CGG's in Brussel zouden namelijk meer vaardigheden en ondersteuningsmogelijkheden hebben met betrekking tot het begeleiden van anderstaligen. Echter, zij kunnen deze toestroom van jongeren niet meer aan, waardoor een aantal anderstalige jongeren uit Vlaams-Brabant in de kou blijven staan.

Volgens één informant uit een residentiële voorziening zouden gegevens uit dossiers verdwijnen of mooiere omschrijvingen van de situatie van de jongeren worden gegeven dan ze in werkelijkheid zijn. Hierdoor geraakt deze voorziening van deze jongere af, maar de andere instelling wordt snel geconfronteerd met het gegeven dat agressie en criminele feiten reeds aanwezig waren of ernstiger zijn dan gerapporteerd door verwijzende instelling.

Jongeren die zowel een label hebben als kansarm zijn als van niet-Belgische origine kunnen nergens meer terecht: "dan begint elke voorziening naar elkaar te wijzen", aldus een informant uit crisismeldpunt Brussel.

Vanuit de sector psychiatrie wordt ook een doorschuifpolitiek door voorzieningen op het moment dat deze laatste jongeren niet meer kunnen begeleiden. Tijdens schoolvakanties, weekends en na de werkuren zouden vaker onterechte aanmeldingen (al dan niet in crisis) gebeuren. Dit zou volgens de informanten ook het geval zijn bij jeugdrechtbanken. Allerlei soorten problematieken worden ook te snel doorverwezen van naar crisisopname in psychiatrie. Met uitzondering van suïcidegevallen en psychotische stoornissen, zouden ook andere voorzieningen betere crisisopvang moeten organiseren.

Knelpunten m.b.t. organisatiecultuur samengevat

- Een verschillende visie op het probleem, werkwijze (inhoudelijk en logistiek) en doelstellingen kunnen de samenwerking bemoeilijken tussen voorzieningen.
- Jongeren worden soms "doorgeschoven": anderstaligen uit CGG's Vlaams-Brabant (naar CGG's in Brussel); jongeren die ernstige agressie- of criminele delicten hebben gepleegd; kansarme allochtone jongeren met een label.

Organisatorische knelpunten

Organisatie van wachtlijsten

Centrale wachtlijsten van het Comité Bijzondere Jeugdzorg (CBJ) en het Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH) blijken niet efficiënt te werken.

De centrale wachtlijst van CBJ wijst een jongere toe op basis van plaats in de lijst, maar niet naargelang de ernst van de situatie. Zo is het mogelijk dat door het verstrijken van de tijd, de jongere deze hulp niet meer nodig heeft.

Ook de centrale wachtlijst van VAPH, i.c. Centrale Zorgregie (CZR), kent tekortkomingen. Zo moeten thuisbegeleidingsdiensten een jongere die al een tijdje in begeleiding is bij hen, terug langs CZR laten gaan wanneer hij/zij bijvoorbeeld naar een andere voorziening binnen VAPH wil gaan.

Voor MPI's is het niet evident werken met twee verschillende wachtlijsten tegelijk, namelijk wachtlijsten van VAPH en van onderwijs. Zo werkt een school met wachtlijsten op basis van volgtijdelijkheid, maar de CZR van VAPH niet. Hierdoor gebeurt het dat jongeren reeds in een MPI kunnen verblijven, maar niet naar de school van het MPI kunnen gaan.

IJH Brussel en Vlaams-Brabant rapporteren een tekortkoming in de registratiegegevens van vraag en aanbod waardoor een eenduidige afstemming tussen vraag en aanbod ontbreekt :

“We beschikken over sectorale, noch intersectorale geobjectiverde gegevens die een analyse van de afstemming tussen vraag en aanbod toelaten. Een behoefteanalyse is niet beschikbaar.” (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 15)

“Er is geen (of onvoldoende) registratie van vraag (hulpvragen en –noden, i.h.b. taalachtergrond en etniciteit) en aanbod. (Centrale) zorgregistratie, o.a. in de sector voor personen met een handicap, geeft geen volledig of een onvoldoend beeld van de reële zorgvragen.” (Regionale Stuurgroep IJH Brussel, 2007).

Dit knelpunt duikt op in verschillende sectoren van de jeugdhulpverlening. Zo wordt een gebrek aan registratiegegevens aangehaald in het VAPH en de bijzondere jeugdbijstand.

“In het kader van de zorgregie worden alle zorgvragen voor opvang of begeleiding in een VAPH-voorziening of -dienst geregistreerd in de webapplicatie of de zogenaamde Centrale Registratie van de Zorgvragen (CRZ). Zorgregie heeft o.a. als doel alle zorgvragen te registreren zodat men op een meer objectieve manier aan zorgbemiddeling, zorgafstemming en zorgplanning kan doen. Een goed draaiend systeem van registratie en opvolging van de geregistreerde vragen is hierbij cruciaal. Omwille van meerdere factoren kan men echter niet garanderen dat de noden van de praktijk op een juiste manier worden weergegeven in het aantal geregistreerde zorgvragen en hun toegekende urgentiecode (waarbij de dringendheid van de zorgvraag zo objectief mogelijk wordt ingeschat). Het aantal geregistreerde vragen geeft dus veeleer een ruwe indicatie van de (dringende) zorgnood in een bepaalde regio.” (Steunpunt Sociale Planning, 2010a, p. 55)

“Momenteel beschikken we niet over een uniforme registratie van het publiek dat binnen de werkvormen van de bijzondere jeugdzorg wordt opgevangen. Daarnaast missen we ook uniform geregistreerde gegevens om de discussie en het complementaire wetenschappelijke onderzoek over de resultaten van de hulpverlening in onze sector te stofferen. Hierdoor is (inter)nationale benchmarking én dus leren van mekaar momenteel quasi uitgesloten. Vandaar de ontwikkeling van een registratiesysteem voor de voorzieningen waarbinnen alle begeleidingscategorieën in beeld gebracht worden.” (Kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en het Agentschap Jongerenwelzijn, 2009, p. 38)

“De problematiek van leerlingen met ernstige gedrags- en emotionele problemen, met een psychiatrische stoornis, in problematische opvoedingssituaties, is daarbij kenmerkend. De problemen manifesteren zich in de scholen, maar ook daarbuiten. In dit rapport wordt ook aangegeven dat het aandeel van de leerlingen met een attest type 3 dat gekend is bij een Comité voor Bijzondere Jeugdzorg of bij de sociale dienst van de jeugdrechtbank varieert van 16% tot 75%. Er is m.a.w. geen precieze informatie beschikbaar over het aandeel van de leerlingen die geplaatst zijn.” (Stuurgroep o.l.v. Minister van Onderwijs en Jeugd en de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2012b, p. 20)

De registratiegegevens in de Bijzondere Jeugdbijstand zouden daarenboven niet de juiste doelgroep weergeven, volgens informanten van thuisbegeleidingsdiensten. Zo plaatst men de officiële begeleiding van een adolescent vaak op de naam van een jongere broer/zus om de adolescent zo langer te kunnen begeleiden, aangezien de thuisbegeleiding stopt op 18 jaar.

Overigens zou geen effectieve registratie gebeuren in de geestelijke gezondheidszorg die crisisinterventie of spoedeisende psychiatrische hulp voor kinderen en adolescenten in kaart brengt.

“Crisisinterventie en/of SEPH voor kinderen en adolescenten wordt momenteel aangeboden door verschillende diensten van zowel kinderwelzijn als geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en adolescenten (ambulant en residentieel). Systematische registratie van gegevens ontbreekt echter waardoor het moeilijk is de beschikbaarheid en het huidig gebruik van SEPH te beoordelen.” (Deboutte, Smet, Walraven, Janssens, Obyn, & Leys, 2010, p. vi)

Bovendien ontbreken registratiegegevens over kinderen en jongeren op de afdeling volwassenenpsychiatrie.

“Er bestaat ook geen systematische registratie van gegevens in verband met wat er gebeurt na een verblijf in de voorziening voor deze groep jongeren.” (Stuurgroep o.l.v. Minister van Onderwijs en Jeugd en de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin, 2012a)

Het bestaan van wachtlijsten en moeilijke doorverwijzingen worden in interviews ook gekoppeld aan een personeelsprobleem en de persoonlijkheid van hulpverleners: een efficiënte doorverwijzing hangt af van hulpverlener tot hulpverlener. Daarenboven maakt persoonlijk contact ook dat een doorverwijzing vlotter verloopt.

Personeelsswissels en ziekteverzuim belemmeren het doorverwijzingsproces en samenwerking binnen en tussen voorzieningen telkens weer moet men nieuwe hulpverleners leren kennen en moet tijd zijn om vertrouwen op te bouwen.

Informatieoverdracht tussen voorzieningen

Dikwijls is er een gebrek aan aanmeldingsinformatie van jongeren bij een doorverwijzing, waardoor het moeilijk is om een jongere op een efficiënte en effectieve manier hulp te bieden. Hierdoor zouden ook signalen van de doelgroep uiteenlopend geïnterpreteerd kunnen worden.

Het CLB te Brussel weet vaak niet wanneer een jongere een residentiële voorziening verlaat (i.c. gemeenschapsinstellingen en psychiatrische voorzieningen). Hierdoor worden jongeren niet goed opgevangen op hun eerste schooldag en komen ze zeer snel terug op het slechte pad terecht.

Tijdens de diepte-interviews wordt gewezen op het beroepsgeheim als een obstakel in de samenwerking met voorzieningen uit de geestelijke gezondheidszorg en psychiatrie.

Meerdere informanten geven weer dat het naleven van het beroepsgeheim in psychiatrie als hinderlijk wordt beschouwd in begeleidingen in de voorzieningen waar ze nadien (al dan niet opnieuw) terechtkomen. Vaak wordt slechts één overleg georganiseerd en meestal krijgt de voorziening geen verslag mee. Wanneer de voorziening een verslag opvraagt, wordt dit vaak niet aangeboden. Niettemin geven ze aan dat deze samenwerking wel vlotter verloopt als er persoonlijk contact is geweest.

Hulpverleners uit Psychiatrie erkennen de obstakels van het beroepsgeheim, maar relativeren het probleem. Zij wijzen erop dat na het beëindigen van een opname van een jongere in psychiatrie een afsluitgesprek gebeurt met alle betrokken actoren (incl. CLB/school) en wordt eventueel bijkomende overleg gepland. Een verslag wordt telkens meegegeven, hoewel de hulpverleners uit psychiatrie meer baat zien in overleg omdat een geschreven verslag verkeerd geïnterpreteerd kan worden. Daarnaast ervaart men vanuit Psychiatrie hetzelfde probleem, namelijk dat zij ook geen verslagen meekrijgen bij aanmelding van een jongere (met uitzondering van residentiële voorzieningen).

Prioritaire instroom in CGG

Als gevolg van lange wachtlijsten besloot een CGG uit Vlaams-Brabant een prioritaire instroom te organiseren voor jongeren met suïciderisico, misbruik, depressie en langdurige schooluitval. Hierdoor komen jongeren met lichte psychologische problemen onderaan de wachtlijst te staan met als risico dat deze problemen op termijn ook crisissituaties worden.

Vanuit de overheid moet een CGG uit West-Vlaams-Brabant voorrang geven aan jongeren die door bijzondere jeugdzorg worden doorverwezen.

Geen uitstroom van GES

Een informant wijst erop dat de doelgroep GES nauwelijks een uitstroom kent, omdat hun problematiek zodanig groot is. Daardoor ontstaan wachtlijsten. Gespecialiseerde vervolgopvang en dagbesteding zouden die uitstroom kunnen bevorderen. Een andere informant in Brussel spreekt deze observatie tegen. De wachtlijsten voor GES zouden inkrimpen in regio West-Vlaams-Brabant en Brussel.

(eind)Verantwoordelijkheid

Er worden tijdens de interviews moeilijkheden gemeld bij de intersectorale samenwerking in knelpunt dossiers. Er wordt gevraagd naar concrete richtlijnen om duidelijk te stellen wie verantwoordelijk is voor een bepaald aspect van het probleem van de jongeren. Dit proces verloopt

momenteel nog stroef, waardoor jongeren uit de boot vallen. Volgens een informant uit een CGG wordt de eindverantwoordelijkheid vaak keer op keer afgesproken tijdens doorverwijzingen zelf. Maar er blijven problemen rijzen

Eerstelijnsvoorzieningen zoals CAW en CLB zouden hun verantwoordelijk loslaten wanneer de jongere naar een voorziening wordt doorgestuurd. Indien een jongere terug naar school gaat, komt het CLB terug op de voorgrond, aldus informanten.

De komst van de intersectorale toegangspoort zou dit moeten vergemakkelijken, aldus een informant.

Afstand

Tenslotte, de fysieke afstand tot voorzieningen kan samenwerking minder vlot laten verlopen. Zo is de samenwerking van een MPI vlotter wanneer de school in de directe omgeving ligt.

Verschillende geïnterviewden halen aan dat samenwerking beter verloopt wanneer een persoonlijk contact is geweest.

Organisatorische knelpunten samengevat

- **Centrale wachtlijsten van VAPH (CZR) en CBJ blijken niet optimaal te werken**
- **Systematische registratiegegevens van vraag en aanbod ontbreken in gehandicaptenzorg, BJB, GGZ en psychiatrie.**
- **Informatieoverdracht van een dossier gebeurt vaak niet consequent tussen voorzieningen. Beroepsgeheim bemoeilijkt dit proces.**
- **Als gevolg van wachtlijsten organiseerde een CGG een prioritaire instroom voor bepaalde problematieken bij jongeren.**
- **Eindverantwoordelijkheid voor een jongere die op meerdere plaatsen in begeleiding is of (tijdelijk) wordt doorverwezen is een probleem.**
- **De fysieke afstand tot een voorziening kan de samenwerking belemmeren.**

Kenmerken van de doelgroep

Er zijn ook kenmerken van de doelgroep die doorverwijzing stroever doet verlopen:

- Demotivatatie of terugtrekken van jongeren en /of ouders kan een doorverwijzing belemmeren.
- Jongens zouden minder makkelijk doorstromen dan meisjes. Een mogelijke oorzaak hiervan is het feit dat jongens vaker ernstige gedragsproblemen vertonen dan meisjes. Daarnaast streven voorzieningen vaak in een evenwicht naar gender in hun groep waardoor het moeilijker is om jongens naar Bijzondere Jeugdbijstand door te verwijzen
- De doorverwijzing van NBBM naar andere voorzieningen loopt stroef, omwille van de niet-Westerse cultuur, de anderstaligheid en het feit dat ze in het weekend geen netwerk hebben en een opvangplaats nodig hebben. Het zou meermaals gebeuren dat deze NBBM een intakegesprek hebben, maar geweigerd worden om deze (vaak stilzwijgende) redenen.
- Het is niet altijd duidelijk of agressief gedrag oorzaak of gevolg is van een problematiek, waardoor het moeilijk om gericht en juist door te verwijzen.

3.1.4.4 Personeel gerelateerde problemen

Zowel in de documenten als in de diepte-interviews worden personeel gerelateerde problemen in de jeugdhulpverlening aangekaart.

Tekort aan personeel

Voornamelijk de gehandicaptensector in Vlaanderen zou kampen met een tekort aan personeel. Echter, men omschrijft niet over welk soort personeel het gaat (e.g. administratief personeel, psychologen, sociaal assistenten, opvoeders ...).

“Een andere bekommernis waar alle politieke partijen zich de afgelopen maanden unaniem achter schaarden, is de terechte vraag van de sector personen met een handicap om meer personeel.” (Vandeurzen, 2009, p. 23)

Ook de CGG's in Halle-Vilvoorde hebben een tekort aan personeel:

“Met een totaal van 26,48 VTE voor 212 271 minderjarigen situeert de provincie Vlaams-Brabant zich qua hulpverleningscapaciteit bij de 5 zwaksten op 21 CGG/werkingsgebieden. De beschikbare hulpverleningscapaciteit per 1000 inwoners valt in Halle–Vilvoorde lager uit (0.108) dan in het arrondissement Leuven (0.142). Maar beide arrondissementen scoren veel zwakker dan b.v. Antwerpen (0.205) en Limburg (0.198).” (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 12)

Kinder- en jeugdpsychiaters zijn zeer schaars in de jeugdhulpverlening:

“Kinder- en jeugdpsychiater als knelpuntberoep: het tekort aan kinder- en jeugdpsychiatrische deskundigheid is een gekend probleem.” (Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, 2011, p. 13)

Tijdens de interviews wordt op volgende tekorten gewezen:

- kinder- en jeugdtherapeuten in regio Halle-Vilvoorde
- Nederlandstalige psychotherapeuten in Brussel
- mannelijke hulpverleners in de gehandicaptenzorg om agressieve jongeren de baas te kunnen
- begeleiders in BUSO scholen voor jongeren met een ernstige gedrags- en emotionele stoornis in combinatie met een licht tot matige verstandelijke handicap. (Mochten deze doelgroep een ticket 'nursing' zouden krijgen, zou dit personeelstekort in scholen kunnen verholpen worden, aldus een informant.)
- consultants van het comité van Bijzondere Jeugdbijstand en sociale dienst van Jeugdrechtbank

Personeelsverloop

Uit de interviews komt duidelijk het personeelsverloop naar voor als bron van problemen.

Soms kunnen wachtlijsten in CGG's toegeschreven worden aan personeelsverloop. Personeelsverloop brengt met zich mee dat telkens opnieuw contacten dienen opgebouwd te worden om de samenwerking te garanderen. Dit kan vermoeiend voor het contact tussen voorzieningen en kan de begeleiding van de jongeren ondermijnen.

In twee voorzieningen worden specifieke redenen voor personeelsverloop aangekaart.

Een begeleidingscentra voor NBBM in Brussel verliest personeel door het werken in ploegendienst. Tevens dienen zwangere vrouwen onmiddellijk te stoppen met werken en komen ze na hun zwangerschap vaak niet meer terug.

Een MFC (van VAPH) uit Brussel merkt dat jong personeel sneller een andere weg inslaat.

Gebrek aan expertise

De reguliere Geestelijke Gezondheidszorg zou met een deskundigheidstekort kampen.

“Er is deskundigheidstekort en te grote schroom/angst t.a.v. de doelgroep in de reguliere GGZ. Bijgevolg dient aan deskundigheidsbevordering te worden gedaan op alle niveaus van de GGZ (en in de sectoren van de integrale jeugdhulp).”(Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, 2011, p. 43)

“De doeltreffendheid van het contact tussen eerstelijnsdiensten (bijv. advies op school, jeugdzorg, huisartsen) en gespecialiseerde diensten wordt geremd door de versnippering en door een gebrek aan vaardigheden op het vlak van geestelijke gezondheidszorg bij de niet gespecialiseerden hulp- en dienstverlening.” (Vandenbroeck, et al., 2012, p. 8)

In dezelfde lijn wordt tijdens de diepte-interviews voornamelijk een gebrek aan expertise voor jongeren met psychologische en psychiatrische problemen aangekaart voor verschillende voorzieningen/personeel

- Thuisbegeleidingsdiensten hebben te weinig expertise hebben om gezinnen en jongeren degelijk te begeleiden op vlak van geestelijke gezondheidszorg. Thuisbegeleidingsdiensten die wel voldoende ervaring hebben moeten zich daardoor te vaak te ver verplaatsten naar andere werkingsgebieden.
- Psychologen, sociaal assistenten en opvoeders zouden vanuit hun opleiding nog meer deskundigheid moeten aangeleerd krijgen om met jongeren met een psychiatrische problematiek om te gaan. Er is meer professionalisering nodig. Hierdoor zou er voor (semi-) residentiële voorzieningen minder beroep moeten gedaan worden op specialisten buitenshuis.
- Dagbestedingsprojecten voor jongeren missen voldoende kennis voor jongeren met een psychiatrische problematiek. Zo zouden zorgboerderijen niet de gepaste hulp kunnen verlenen aan deze doelgroep, volgens enkele geïnterviewden.
- MPI's missen expertise om jongeren met psychiatrische problemen voldoende te ondersteunen
- Hulpverleners uit Psychiatrie melden een gebrek aan expertise bij hulpverleners omtrent signaalgedrag voor psychiatrische stoornissen. Dit zou enerzijds doorverwijzing sneller en vlotter laten verlopen. Anderzijds zou dit escalaties bij jongeren en bijgevolg crisisopnames kunnen tegengaan, omdat hulpverleners dan niet zouden wachten tot het te laat is. Signaalgedrag is vaak gekend voor diagnoses zoals ADHD, eetstoornissen en gedragsstoornissen, maar minder voor depressieve symptomen en psychotische kenmerken.

Deze informanten stellen zich wel de vraag of het inderdaad gaat over het niet herkennen van de symptomen of het gaat om te lang wachten vooraleer wordt doorverwezen.

Er is ook behoefte aan aangepaste expertise in de Gehandicaptensector voor jongeren met een GES al dan niet in combinatie met een lichte tot matige verstandelijke handicap. Intervisies en casusoverleg helpen hierbij, maar zijn niet voldoende.

Onvoldoende kennis van hulpverleningsaanbod bij personeel

Hulpverleners zouden onvoldoende vertrouwd zijn met het intersectoraal hulpverleningsaanbod.

“Er is een grote onbekendheid van het jeugdhulpaanbod bij een aantal toeleiders (o.a. huisartsen).” (Regionale Stuurgroep IJH Brussel, 2007, p. 23)

Volgens enkele geïnterviewden zouden hulpverleners ook onvoldoende kennis hebben over de specifieke werking van voorzieningen. Bovendien zijn de verschillende subsidiërende instanties niet evengoed gekend omwille van hun verschillende regelgeving en administratieve procedures.

Volgens een informant uit een voorziening voor NBBM zouden consultants van het Comité Bijzondere Jeugdzorg de werking en regioaanbod van de voorzieningen niet genoeg kennen om NBBM toe te wijzen naar een gepaste voorziening.

Gebrek aan Franse taalkennis

In de beleids (ondersteunende) documenten vinden we weinig informatie over de talenkennis van personeel. In de interviews daarentegen wordt het niet beheersen van de tweede landstaal veelvuldig aangekaart.

“Een bijkomende moeilijkheid is de procedure waarbij cliënten van het gerechtelijke arrondissement Brussel-Halle- Vilvoorde kiezen voor de Franse taalrol in afhandeling in jeugdzaken. De hulp moet echter verleend worden door Nederlandstalige voorzieningen als de cliënten erom vragen, ook al zijn die anderstalig. De voorzieningen willen ook een kwaliteitsvol aanbod organiseren voor anderstaligen, maar voor vele Nederlandstalige hulpverleners is dit niet vanzelfsprekend.”(Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 13)

Verschillende geïnterviewden wijzen erop de Franse taalvaardigheid van personeel ondermaats is om een hulpverleningsrelatie uit te bouwen, zowel in Brussel als Vlaams-Brabant. Niettemin wordt dit niet als een prangend probleem ervaren, daar de meeste geïnterviewden stellen dat dit niet van hen verwacht wordt, aangezien ze officieel Nederlandstalige hulpverlening bieden. Toch vinden enkele geïnterviewden dat personeel, zeker in Brussel, de tweede landstaal voldoende onder de knie moet hebben.

Beperkte cultuurgevoeligheid bij personeel

In Brussel is het personeel onvoldoende cultuursensitief voor deze multiculturele regio.

“In het jeugdhulpaanbod is er weinig allochtoon/cultuurgevoelig personeel, zodat het aanbod te weinig cultuurgevoelig is (in het bijzonder gemeld door de geestelijke gezondheidszorg).”(Regionale Stuurgroep IJH Brussel, 2007, p. 23)

“Het vraagstuk rond interculturalisering brengt ons bij de nood aan het voeren van een actief diversiteitsbeleid op vlak van personeel, zodat het personeelskader van de welzijns-, gezondheids- en gezinsinstellingen op termijn beter de samenstelling van de Brusselse bevolking representeert. De instroom van personeel van allochtone afkomst in zorgberoepen, van personen met een zekere kennis van de specifieke achtergronden en noden, is een belangrijke hefboom.” (Grouwels, 2009, p. 25)

Een informant uit de BuSo school in Brussel wijst erop dat begeleiders extra tijd besteden aan allochtonen omwille van hun niet-Westerse culturele achtergrond en de andere context waarin de jongeren opgroeien.

Voor de Bijzondere Jeugdbijstand in arrondissement Halle-Vilvoorde meldt men ook een tekort aan hulpverleners die voldoende kunnen inspelen op de multiculturele doelgroep.

“Gelijklopend met Brussel zijn er in het arrondissement ook meer cliënten die leven binnen een andere etnische en culturele omgeving. Er wordt een tekort opgemerkt aan hulpverleners van binnen deze omgevingen.” (Steunpunt Sociale Planning, 2012, p. 53)

Volgens enkele geïnterviewden is het een continu zoekproces hoe de hulpverlening kan inspelen op de culturele achtergrond. De aangereikte hulp dient voldoende aan te sluiten bij hen daar ze andere ideeën en verwachtingen ook hebben van de jeugdhulpverlening. Dit is nog teveel zoeken voor hulpverleners.

Onvoldoende ondersteuning van personeel met betrekking tot anderstalige cliënten

De beperkte cultuurgevoeligheid bij het personeel zou deels kunnen te wijten zijn aan het tekort aan middelen die zij ter beschikking hebben om anderstalige cliënten hulp te bieden (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 13). Het beroep doen op tolken blijkt duur te zijn, maar wel noodzakelijk om te kunnen werken met anderstalige cliënten, aldus geïnterviewden.

“De CAW’s in de Rand (60% van het cliënteel in CAW Vilvoorde is anderstalig) en aan de taalgrens (Halle en Tienen) signaleren een groeiend aantal anderstalige cliënten. Kwalitatieve hulpverlening bieden aan deze groep is, mede door een tekort aan ondersteuningsmogelijkheden voor hulpverleners, niet vanzelfsprekend.” (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 11)

“Er zijn te weinig mogelijkheden om hulpverleners te ondersteunen in het verlenen van een kwaliteitsvolle hulpverlening in een andere taal.” (Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 15)

Foyer en Solentra worden aangehaald als belangrijke partners die voorzieningen kunnen ondersteunen. Niettemin wordt een tekort aan dit soort diensten gemeld door sommige informanten, voornamelijk voor regio Halle-Vilvoorde.

Onvoldoende ondersteuning met betrekking tot agressie

In de interviews komt ter sprake dat personeel zich vaak niet de baas ziet over agressieve jongeren.

Een informant uit een MPC West-Vlaams-Brabant meldt dat bij een te extreme agressieproblematiek ze zichzelf niet in staat zien deze jongere op te vangen, omwille van het

niet kunnen garanderen van de veiligheid voor zichzelf, de jongere en zijn omgeving. Dan worden deze jongeren naar een OBC doorgestuurd, maar dat is ook maar tijdelijk waardoor ze daarna naar Psychiatrie gaan.

Volgens een andere informant van een thuisbegeleidingsdienst Bijzondere Jeugdbijstand in West-Vlaams-Brabant is het ontbreken van mannelijke fysieke kracht onder andere een reden waarom men personen met een handicap in combinatie met agressieproblematiek moeilijk kan handhaven in voorzieningen.

MPI's en de BuSo school type 3 melden een tekort te hebben aan middelen om jongeren met een ernstige problematiek te handhaven.

Werkdruk

Werken als jeugdhulpverlener in Brussel is een extra uitdaging omwille van de diversiteit en de complexe hulpvragen van jongeren.

“Het werken in de regio als jeugdhulpaanbieder is complex en moeilijk. De basishouding om vraaggericht te werken wordt hier bijzonder uitgedaagd. Er wordt meer verwacht van het personeel omwille van het beperkte en overvraagde aanbod en de complexiteit van de hulpvragen. Verwachtingen ten aanzien van het personeel vertalen zich in meertaligheid, cultuurgevoeligheid, en grote mobiliteit.” (Regionale Stuurgroep IJH Brussel, 2007, p. 33)

“Van het personeel worden er meer voorwaarden betreffende meertaligheid, cultuurgevoeligheid,...verwacht gezien de kenmerken van het cliënteel. Werken in Brussel is ook zeer arbeidsintensief. Er is meer tijd nodig voor de vraagverheldering van hulpvragen, het motiveren van cliënten, het maken van afspraken, In Brussel komen werken is ook niet evident voor veel hulpverleners omwille van de woon-werk-mobiliteit en de (negatieve) beeldvorming over Brussel, waardoor er een extra drempel ontstaat.” (Regionale Stuurgroep IJH Brussel, 2007, p. 23)

De werkdruk met betrekking tot jongeren van vreemde origine wordt als zeer hoog beschreven in de BuSo school type 3 in Brussel. Het werken met jongeren met een niet-Westere culturele achtergrond en andere leefwereld vraagt veel tijd en energie.

De werkdruk bij het Comité Bijzondere Jeugdzorg is hoog en is bijgevolg ook merkbaar bij jongeren en hun ouders.

“Door de stijgende instroom in de jeugdzorg en de toenemende problematiek van de jongeren, worden de consulenten zwaar belast.” (Vandeurzen, 2009, p. 40)

“Daarenboven klagen jongeren ook over het moeilijk kunnen bereiken van hun consulent als ze hen willen spreken. Het gebeurt dat ze enkele weken moeten wachten alvorens er tijd is in de agenda wegens de werkdruk. Dit speelt ook mee bij hun gevoel dat de consulent er niet echt voor hen is.” (Kinderrechtencommissariaat, 2010, p. 5)

Deze hoge werkdruk bij consulenten wordt ook zeer sterk ervaren bij de geïnterviewden. Daardoor loopt samenwerking mank en is er geen continuïteit in begeleidingen. Voornamelijk omwille van de

complexe zorgvraag van jongeren, is de werkdruk van personeel ook in andere voorzieningen (voornamelijk Brussel) hoog:

- BuSo school type 3 in Brussel, omwille van de toestroom en complexiteit van type 3 jongeren. Tot deze doelgroep behoren ook jongeren met een anti-sociale persoonlijkheidsstoornis. Deze jongeren zijn zeer zwaar om mee om te gaan: zij functioneren niet op school en creëren een grote onveiligheid voor zichzelf en voor de klas
- opvang- en begeleidingscentrum voor NBBM in Brussel, omwille van werken in dag en nachtploegen, het verloop van personeel (e.g. zwangere vrouwen die onmiddellijk dienen te stoppen met werken en vaak niet meer terugkeren), toestroom NBBM, combinatie van de problematiek (het puber zijn, NBBM, psychologische problemen, agressieproblemen)
- CAW's Brussel, omwille van de toestroom aan cliënten
- CLB's, omwille van de toestroom en complexiteit van zorgvragen
- psychiaters in verschillende voorzieningen, omwille van het tekort aan dit beroep

Vanuit een kinder- en jeugdpsychiatrisch ziekenhuis worden meerdere redenen aangehaald voor de werkdruk.

- Het genezingsproces bij jongeren in psychiatrie verloopt zeer traag omwille van de chronische aard, waardoor het lang duurt eer de hulpverleners of ouders vorderingen zien bij patiënten.
- Het is moeilijk werken met de context van de jongere. Ouders zijn moeilijk te motiveren of stellen te hoge irrealistische verwachtingen. Daarbij kan het ook zijn dat ze reeds zelf met eisen komen (m.b.t. medicatie) die niet kunnen vervuld worden.
- De impact van de maatschappij en de media. Men wil steeds een schuldige aanwijzen, terwijl die er niet hoeft te zijn. Men zoekt telkens naar 'wie heeft wat niét gedaan'. Het maatschappelijke debat hierrond geeft werklast in de sector. Patiënten en hun ouders nemen deze maatschappelijke visie ook over.
- Werkdruk is ook hoog omdat veel voorzieningen beroep doen op psychiatrie na de werkuren, in weekends en in vakanties, wanneer hun eigen voorziening niet bemand is. Dit zou volgens de informanten ook een probleem zijn bij de jeugdrechtbank.
- Emotionele problemen van jongeren kunnen in het algemeen beklijvend zijn en daardoor extra werklast met zich meebrengen in alle sectoren.

Aanpassingsvermogen aan hervorming jeugdhulpverlening

De herstructurering van het jeugdhulpverleningslandschap vraagt de nodige tijd en energie van sommige hulpverleners.

Nieuwe initiatieven, zoals de intro van een Multifunctioneel Centrum vragen om het nodige aanpassingsvermogen bij het personeel. De werking eist een enorme flexibiliteit en mobiliteit die het personeel (nog) niet altijd zou hebben. Het vraagt een ander denkpatroon en een nieuw leerproces waarop de procedures en processen dienen afgesteld te worden.

De komst van Integrale Jeugdhulp (IJH) was verwarrend voor CAW Brussel in het begin. Het was in eerste instantie niet duidelijk wat de taak was van IJH.

Bovendien menen de geïnterviewden dat de intrede van de intersectorale toegangspoort in 2014 een hele inspanning zal vragen om zijn werking te leren en vlot te laten verlopen. Ook de administratieve last die hiermee zou kunnen gepaard gaan, wordt voorzichtig afgewacht.

Personeel gerelateerde problemen samengevat

- **De tekorten aan personeel en het personeelsverloop beïnvloeden de uitbouw van adequate zorg negatief.**
- **Het ontbreekt aan expertise voor jongeren met psychologische en psychiatrische problemen in de jeugdhulpverlening.**
- **De gebrekkige taalbeheersing van een andere taal, en het gebrek aan cultuursensitiviteit speelt een rol in de hulpverlening.**
- **Het personeel kan agressieve jongeren niet de baas.**
- **De werkdruk is hoog door de diversiteit en complexe hulpvraag van jongeren, voornamelijk in Brussel.**
- **Organisatorische hervormingen in de jeugdhulpverlening vragen veel tijd en energie van personeel.**

3.2 Het traject van jongeren in de jeugdhulpverlening

Aan de hand van cliëntdossiers wordt het hulpverleningstraject van jongeren in de jeugdhulpverlening in Brussel en West-Vlaams-Brabant gereconstrueerd. De analyse is gebeurd op basis van 41 algemene dossiers en 14 knelpunt dossiers die ons zijn aangereikt (zie Tabel 2).

Tabel 2: Beschrijvende kenmerken van de jongeren

		CGG Brussel					Tonuso					MPI Levenslust					Tot.
Algemene dossiers	v m tot.	<u>12-15j</u>		<u>16-18j</u>		tot.	<u>12-15j</u>		<u>16-18j</u>		tot.	<u>12-15j</u>		<u>16-18j</u>		tot.	17 24 41
		B	N	B	N		B	N	B	N		B	N	B	N		
		1	1	2	4	8	3	0	2	1	6	1	0	2	0	3	
		2	0	3	2	7	4	1	3	1	9	1	2	4	1	8	
		4		11	15 ^a	8		7	15		4		7	11 ^b			
Knelpunt dossiers	v m tot.	<u>12-15j</u>		<u>16-18j</u>		tot.	<u>12-15j</u>		<u>16-18j</u>		tot.	<u>12-15j</u>		<u>16-18j</u>		tot.	5 9 14
		B	N	B	N		B	N	B	N		B	N	B	N		
		1	0	0	1	2	1	1	0	1	3	0	0	0	0	0	
		0	1	1 ^d	0	2	0	0	0	2	2	2	0	1	2	5	
		2		2	4	2		3	5		2		3	5 ^c			

Ten eerste worden oorzaken bij de **jongere en zijn context** gelegd. Vaak ontbreekt het de jongeren aan motivatie tijdens de begeleiding of op een dagbesteding (school of alternatieve dagbesteding). Door deze demotivatie worden afspraken niet nagekomen of blijven de jongeren afwezig. Tevens is het mogelijk dat de jongere zelf geen hulpvraag meer stelt, wat nodig is om door een CGG begeleid te worden. Daarenboven beïnvloedt de familiale context van de jongere de begeleiding tijdens het hulpverleningstraject. In de meeste gevallen gaat het over een POS en kan het bijgevolg ook ontbreken aan motivatie bij de ouders.

Ten tweede worden redenen aangehaald met betrekking tot **intersectorale samenwerking**, omdat jongeren met meervoudige problemen niet door individuele organisaties kunnen gedragen worden. Er moet meer ruimte gecreëerd worden voor structureel overleg en samenwerking tussen voorzieningen, zodanig dat het traject van de jongere niet in onderbroken fasen gebeurt. (Bijvoorbeeld, bij Tonuso zou men op een snelle en efficiënte manier beroep willen doen op Païka voor een korte crisisopname, jeugdrechtsbank voor een eventuele plaatsing in GI en organisaties voor alternatieve dagbestedingen en time-out initiatieven).

Knelpunten worden specifiek aangehaald met betrekking tot het CBJ. Volgens CGG Brussel zoekt CBJ te snel een voorziening om de jongeren 'in te steken'. CBJ denkt mogelijk dat wanneer jongere door een CGG begeleid worden, de hulp is verzekerd. Echter, een CGG ziet de jongere slechts een uurtje per week. Bovendien merkt het CGG team dat CBJ en ook VK jongeren vaker door- of terugstuurt naar CGG, waardoor het CGG knopen dien door te hakken waarvoor ze zich niet bevoegd voelen. Hierdoor ervaart dit CGG enige druk. Bij Tonuso botst men met consulenten van CBJ met betrekking tot hun visie op de problematiek en de gepaste hulpverlening. Zo gebeurt het dat Tonuso vindt alle mogelijke pistes bewandeld zijn met de jongeren en willen ze overschakelen naar JRB, waardoor aan de jongere wordt duidelijk gemaakt dat er grenzen zijn en een mogelijke plaatsing in een GI kan gebeuren. CBJ is hier vaak niet mee akkoord, met als gevolg dat Tonuso zich genoodzaakt ziet deze jongeren uit de voorziening te zetten, wat het geval zou kunnen worden voor enkele knelpuntdossiers.

Overigens, CGG Brussel stelt dat ze tijdens psychiatrische opnames van cliënten enige betrokkenheid in het dossier missen.

Ten derde, de hulpverleners ervaren dat ze deze jongeren **niet gepast kunnen begeleiden** en ze ogenschijnlijk nergens passen in de jeugdhulpverlening. Vaak is deze situatie reeds van in het begin al duidelijk bij de voorziening, maar gaan ze toch het engagement aan. Hun probleem is enerzijds zeer omvangrijk en complex, maar anderzijds niet van die aard om langdurig in psychiatrie te verblijven, zelfstandig te wonen, ... Deze doelgroep die nergens een gepaste plek vindt in de jeugdhulpverlening, zou groeiende zijn volgens de hulpverleners.

Ten vierde, voor nagenoeg alle dossiers wordt tevens vermeld dat het **niet vinden van een gepaste dagbesteding** een knelpunt is. De jongere is niet in staat om een dagbesteding aan te gaan, wil geen dagbesteding of er bestaat geen dagbesteding die aansluit bij de noden van de jongeren. Hierdoor komt ook meer druk te liggen op de voorzieningen in kwestie. Daar residentiële voorzieningen niet voldoende opvoeders hebben om hen overdag te begeleiden.

Bijgevolg worden de hulpverleners geconfronteerd met een **gevoel van machteloosheid** overheen alle knelpuntdossiers.

In een knelpunt dossier van Tonuso worden volgende specifieke redenen aangehaald. Het dossier handelt over een 18-jarige jongen (niet-Belgische origine) die een lichte verstandelijke beperking heeft, maar net uit de boot valt om in de Gehandicaptensector een aanbod te krijgen. Dit dossier zit in de grijze zone tussen de sector Bijzondere Jeugdbijstand en Gehandicaptenzorg. Momenteel zit hij in de opbouw van een traject Begeleid Zelfstandig Wonen (BJB), maar hij zou hier de vaardigheden niet voor hebben en allicht afgewezen worden. Begeleid Wonen (via VAPH) zou hem meer liggen en kan tot 21 jaar duren, maar hij wil dit niet en ze kunnen hem tot niets verplichten, wat het knelpunt is in dit dossier.

Redenen waarom dossiers als knelpunt dossiers worden gedefinieerd samengevat

- **demotivatie bij jongeren en ouders**
- **de moeilijke contextsituatie van de jongeren**
- **te weinig intersectorale samenwerking en betrokkenheid overheen verschillende sectoren en voorzieningen in de jeugdhulpverlening**
- **afstemmingsprobleem met CBJ**
- **jongeren schijnen nergens te passen in de jeugdhulpverlening**
- **het afhaken van jongeren in een alternatieve dagbesteding en/of het niet vinden van een gepaste alternatieve dagbesteding**
- **een hulpeloos/machteloos gevoel bij de jeugdhulpverlener**

De 4 niet-weerhouden dossiers bij aanmelding in MPI Levenslust werden ons aangereikt om aan te tonen dat ze geen gepaste hulpverlening konden bieden aan deze jongeren met een complexe problematiek waar delinquent gedrag gepaard gaat. Bij de andere jongen (van niet-Belgische origine eerste generatie) was op moment van aanmelding geen ‘perspectief’ op korte termijn.

3.2.1 Profiel van de jongeren

Algemene dossiers

De 41 algemene dossiers handelen over 17 meisjes en 24 jongens. Bij Tonuso (6 meisjes en 9 jongens) en vooral in het MPI Levenslust (3 meisjes en 8 jongens) is het aandeel jongens groter.

Zestien jongeren behoren tot de leeftijdscategorie 12-15 jaar, 25 jongeren zijn tussen 16-18 jaar. Het aandeel uit de oudste groep is groter in CGG Brussel (11 jongeren van 16-18 jaar t.o.v. 4 jongeren van 12-15 jaar) en MPI Levenslust (7 jongeren van 16-18 jaar t.o.v. 3 jongeren van 12-15 jaar). Bij Tonuso is de leeftijdsverdeling evenwichtiger (8 jongeren in de leeftijdscategorie 12-15 jaar en 7 jongeren in de leeftijdscategorie 16-18 jaar).

28 jongeren zijn van Belgische en 13 jongeren van niet-Belgische origine⁵. Zeven jongeren van niet-Belgische origine worden begeleid in het CGG Brussel; 4 meisjes tussen 16-18 jaar, 1 meisje van 12-15 jaar en 2 jongens van 16-18 jaar. In Tonuso zitten 1 meisje (17 jaar) en 2 jongens (14 en 17 jaar) van niet-Belgische origine. In MPI zitten 3 jongens van niet-Belgische origine (14, 15 en 17 jaar).

⁵ Vier jongeren zijn eerste generatie van niet-Belgische origine: een meisje (Slovakije) en jongen (Marokko) uit CGG Brussel, een jongen (Servië) uit Tonuso en een jongen (Nigeria) uit MPI Levenslust. In andere dossiers was het niet altijd mogelijk de migratiegeneratie of land van oorsprong uit de dossiers te halen. Het betreft voornamelijk Zwart-Afrika en Maghrebijnse landen.

De meeste jongeren zijn gedomicilieerd in West-Vlaams-Brabant (N=18), gevolgd door Brussel (16 jongeren) en Oost-Vlaanderen (5 jongeren). Twee jongeren uit MPI zijn gedomicilieerd in provincie Antwerpen en West-Vlaanderen.

In de dossiers van CGG Brussel betreft het voornamelijk Brusselse jongeren (N=10), naast Vlaams-Brabant (N=4) en Oost-Vlaanderen (N=1). Bij Tonuso betreft het voornamelijk jongeren uit West-Vlaams-Brabant (N=11) en 4 jongens uit Brussel. In het MPI Levenslust gaat het om 4 jongeren uit Oost-Vlaanderen, 3 jongeren uit West-Vlaams-Brabant, 2 uit Brussel en 1 uit Antwerpen en Limburg.

Knelpuntdossiers

De knelpuntdossiers die ons aangereikt zijn betreffen 5 meisjes en 9 jongens. De jongeren uit MPI Levenslust zijn enkel jongens, de jongeren uit CGG Brussel en Tonuso zijn zowel jongens als meisjes.

Zes jongeren behoren tot de leeftijdscategorie 12-15 jaar, 7 jongeren tot de leeftijdscategorie 16-18 jaar en 1 jongen is 21 jaar (die momenteel nog door de jongerenwerking van CGG wordt begeleid, omdat hij nog in het secundair onderwijs zit). De leeftijd varieert tussen 14 jaar tot 21 jaar (1x14, 5x15, 1x16, 3x17, 3x18, 1x21 jaar), waarvan een meerderheid van 15, 17 en 18 –jarigen. Voor CGG Brussel en Tonuso zijn dit zowel jongens als meisjes.

Zes jongeren zijn van Belgische, 8 van niet-Belgische origine (waarvan 2 van de 4 jongeren uit CGG Brussel, 4 van de 5 jongeren uit Tonuso en 2 van de 5 jongeren in MPI Levenslust).

De jongeren zijn gedomicilieerd in Brussel (N=6), West-Vlaams-Brabant (N=4), regio Mechelen (N=2), regio Leuven (N=1) en Limburg (N=1).

Hiervan zijn alle jongeren van CGG Brussel gedomicilieerd in Brussel, bij Tonuso 2 meisjes in Brussel en de andere 3 jongeren in West-Vlaams-Brabant en in MPI Levenslust is 1 jongen gedomicilieerd in West-Vlaams-Brabant, 2 jongens in regio Mechelen, 1 jongen in regio Leuven en 1 jongen in Limburg.

Niet weerhouden dossiers bij aanmelding in MPI Levenslust

De 4 dossiers die bij MPI zijn aangemeld, maar niet weerhouden betreffen 3 jongens en 1 meisje. Een jongen is 16 jaar en de twee andere jongens zijn 18 jaar bij aanmelding. Het meisje is 17 jaar bij aanmelding.

Het meisje en een jongen (18 jaar) zijn van Belgische origine. De andere 2 jongens zijn van niet-Belgische origine, waarvan een eerste generatie (Tsjetsjenië) jongen die sinds 6-jarige leeftijd in België verblijft.

Twee jongens zijn in Brussel gedomicilieerd, 1 jongen betreft regio Leuven en het meisje is gedomicilieerd in regio Mechelen.

Profiel van de jongeren samengevat

- Een meerderheid is jongens. In de knelpuntdossiers van MPI Levenslust gaat het enkel om jongens.
- Een meerderheid van de jongeren is 15-18 jaar.
- In Tonuso is de spreiding van jongere en oudere adolescenten in toegeleverd dossiers meer evenwichtig.
- In de algemene dossiers is een minderheid van de jongeren van niet-Belgische origine.
- Bij de knelpuntdossiers zijn er iets meer jongeren van niet-Belgische origine, vooral in Tonuso.
- In de niet-weerhouden dossiers van MPI Levenslust zijn evenveel jongeren van Belgische als niet-Belgische origine.
- Jongeren zijn gedomicilieerd in Brussel en West-Vlaams-Brabant. In MPI Levenslust zijn ook jongeren die afkomstig zijn uit provincies (Oost-)Vlaams-Brabant, Oost-Vlaanderen, Antwerpen en Limburg.

3.2.2 Traject van de jongeren

3.2.1 Beschrijving van het traject

Voorgeschiedenis

Met de 'voorgeschiedenis' verwijzen we naar het traject dat de jongeren hebben afgelegd vooraleer ze in de voorziening terecht kwamen waar ze nu (of recent voor de niet-actuele dossiers) in begeleiding zijn of verblijven (=41 dossiers uit de drie voorzieningen).

In de algemene dossiers van CGG Brussel ontbreekt het aan uitgebreide gegevens over voorgeschiedenis van cliënten in de hulpverlening (ook al stromen sommige jongeren in via een derdelijns voorziening). De voorgeschiedenis kon hier soms in grote lijnen geschetst worden door de hulpverlener zelf tijdens de mondelinge toelichting bij het dossier. De voorgeschiedenis van de jongeren is wel terug te vinden in de dossiers van Tonuso en MPI Levenslust, hoewel hulpverleners waarschuwen dat deze informatie niet noodzakelijk volledig is⁶.

⁶ We vinden hier indicaties van in dossiers uit MPI en Tonuso, waar bij vermoedelijk dezelfde jongen het dossier geen gelijklopende informatie vermeldt over de voorgeschiedenis .

Tabel 3: Vergelijking van gemiddelde leeftijden (jaar)^a

	Gemiddelde leeftijd bij start van hulpverleningstraject (min.-max.)	Gemiddelde leeftijd bij instroom in huidige voorziening (min.-max.)	Gemiddelde huidige leeftijd (min.-max.)
Algemene dossiers			
CGG Brussel	/ ^b	13,5 (7-17)	16,0 (12-18)
Tonuso	8,9 (3-15)	12,6 (7-16)	15,6 (12-18)
MPI Levenslust	6,7 (3-10)	11,5 (8-17)	16,0 (14-18)
Knelpunt dossiers			
CGG Brussel	6,8 (3-11)	11,0 (6-14)	17,3 (15-21)
Tonuso	10,1 (7-16)	14,0 (11-17)	16,4 (15-18)
MPI Levenslust	6,8 (5-9)	12,0 (8-15)	16,0 ^c (15-18)

Noot: ^aLeeftijd wordt weergegeven in jaren en werd berekend op basis van maand en jaar, waarbij naar onder of boven wordt afgerond op basis van de zesde maand. ^bDe gemiddelde leeftijd bij start van het hulpverleningstraject wordt niet weergegeven voor CGG Brussel, omdat de eventuele voorgeschiedenis in het dossier ontbreekt. ^cVier van de vijf dossiers zijn niet meer actueel en een half jaar tot jaar verstreken. De leeftijd van deze jongeren is dan ook de leeftijd die ze hadden bij het verlaten van het MPI Levenslust.

Algemene dossiers

In 27 van de 41 algemene dossiers is een hulpverleningstraject reeds gestart op een leeftijd jonger dan 12 jaar. Dit geldt voor 4 dossiers van CGG Brussel, voor 12 dossiers van Tonuso en voor alle dossiers van MPI Levenslust.

Het hulpverleningstraject van jongeren startte op een gemiddelde leeftijd van 7,8 jaar.⁷

- Tonuso: start van hulpverleningstraject op een gemiddelde leeftijd van 8,9 jaar (min. 3 jaar, max. 15 jaar).
- MPI Levenslust: start van hulpverleningstraject op een gemiddelde leeftijd van 6,7 jaar (min. 3 jaar, max. 10 jaar).

Knelpunt dossiers

Bij 10 van de 14 knelpunt dossiers is een voorgeschiedenis voor het 12^e levensjaar aanwezig. Dit geldt voor 3 van de 4 jongeren die momenteel begeleid worden door CGG Brussel, voor 2 van de 5 die momenteel in Tonuso verblijven en voor alle 5 jongens van MPI Levenslust.

Het hulpverleningstraject van de jongeren startte op een gemiddelde leeftijd van 7,9 jaar (min.3, max. 16 jaar):

- CGG Brussel: start van hulpverleningstraject op een gemiddelde leeftijd van 6,8 jaar (3 , 6, 7 en 11 jaar).
- Tonuso: start van hulpverleningstraject op een gemiddelde leeftijd van 10,1 jaar (7 jaar, 2x9 jaar, 16 jaar).
- MPI Levenslust: start van hulpverleningstraject op een gemiddelde leeftijd van 6,8 jaar (5, 6, 7 en 9 jaar).

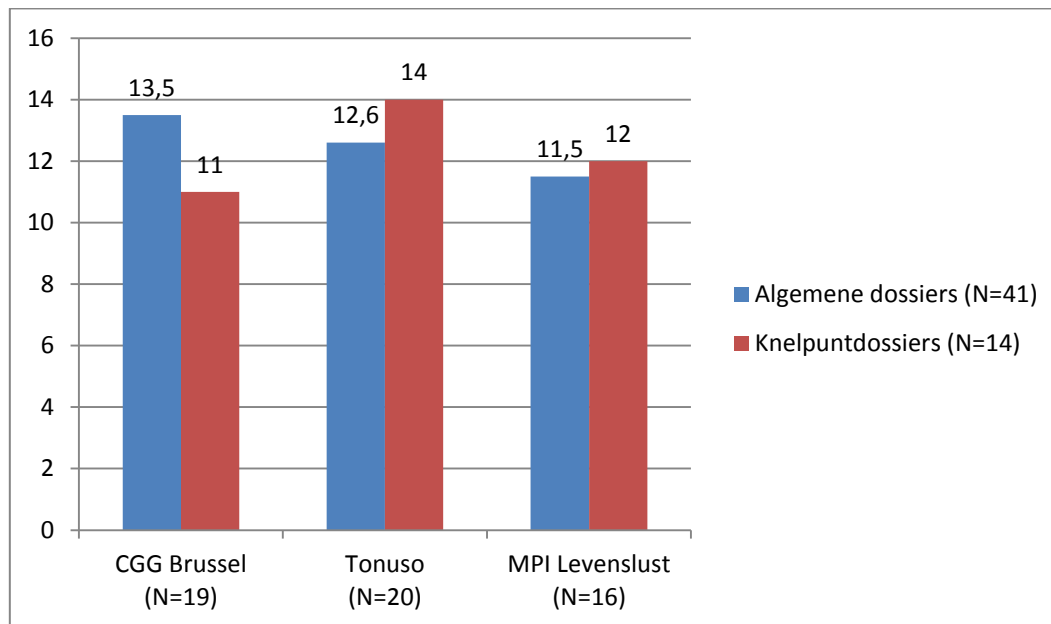
⁷ Omdat de voorgeschiedenis van de dossiers uit CGG Brussel niet gekend is, geven we geen gemiddelde leeftijd van de start van een hulpverleningstraject.

Niet-weerhouden dossiers

Bij de niet-weerhouden dossiers bij aanmelding in MPI Levenslust hebben 3 jongeren van de 4 een hulpverleningstraject dat startte op een leeftijd jonger dan 12 jaar (respectievelijk 6, 7 en 8 jaar). Bij 1 jongen startte enige vorm van jeugdhulpverlening op 15 jaar.

Instroomleeftijd

‘instroomleeftijd’ verwijst naar de gemiddelde leeftijd van de jongeren bij instroom in de huidige voorziening (i.c. CGG Brussel, Tonuso en MPI Levenslust). Ook de niet-actuele dossiers worden meegerekend.



Figuur 1: Gemiddelde instroomleeftijd (jaar) van de jongere in huidige voorziening.

Algemene dossiers

De gemiddelde leeftijd bij instroom in de huidige voorziening is 12,6 jaar.

- De gemiddelde leeftijd bij instroom in CGG Brussel is 13,5 jaar (min. 7 jaar, max. 17 jaar). Het zijn zowel 11 jarigen (N=4), 12-15 jarigen (N=5) als 16-18 jarigen (N=6).
- De gemiddelde leeftijd bij instroom in Tonuso bedraagt 12,6 jaar (min. 7 jaar, max. 16 jaar). Dit zijn voornamelijk jongeren tussen 12-15 jaar (N=10), naast 12 jarigen (N=4) als een 16-jarig meisje.
- De gemiddelde leeftijd bij instroom in MPI Levenslust is 11,5 jaar (min. 8 jaar, max. 17 jaar). Dit zijn voornamelijk 8-9 jarigen (N=6), naast 12-15 jarigen (N=3) en 2 jongeren van 16 en 17 jaar.

Knelpunt dossiers

De gemiddelde leeftijd bij instroom in de huidige voorziening is 12,3 jaar.

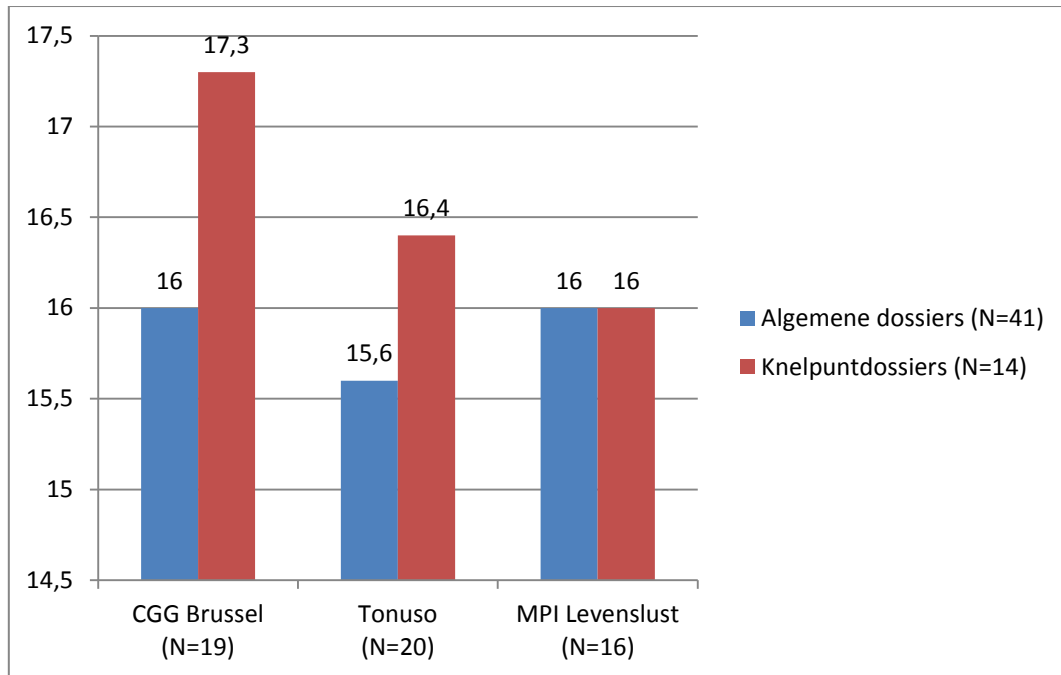
- De gemiddelde leeftijd bij instroom in CGG Brussel is 11,0 jaar (6, 11, 13 en 14 jaar)
- De gemiddelde leeftijd bij instroom in Tonuso is 14,0 jaar (11 jaar, 12 jaar, 2x15 jaar, 17 jaar)
- De gemiddelde leeftijd bij instroom in MPI Levenslust is 12,0 jaar (8 jaar, 2x12jaar, 13 en 15 jaar).

Niet weerhouden dossiers

De jongeren werden aangemeld in MPI Levenslust op 16, 17 en 2x 18 jaar (zoals vermeld bij profiel van de jongeren).

Huidige gemiddelde leeftijd

'*huidige gemiddelde leeftijd*' verwijst naar de gemiddelde leeftijd die de jongere heeft in de huidige voorziening (of bij het verlaten van de voorziening in het geval van niet-actuele dossiers).



Figuur 2: Huidige gemiddelde leeftijd (jaar) van de jongeren in de voorziening.

Algemene dossiers

De huidige gemiddelde leeftijd van de jongeren in de voorziening is 15,9 jaar.

- De huidige gemiddelde leeftijd in CGG Brussel is 16,0 jaar (min. 12, max. 18 jaar).
- De huidige gemiddelde leeftijd in Tonuso is 15,6 jaar (min. 12 jaar, max. 18 jaar).
- De huidige gemiddelde leeftijd in MPI Levenslust is 16,0 jaar (min. 14 jaar, max. 16 jaar).

Knelpunt dossiers

De huidige gemiddelde leeftijd van de jongeren in de voorziening is 16,6 jaar.

- De huidige gemiddelde leeftijd in CGG Brussel is 17,3 jaar (min. 15., max. 21 jaar).
- De huidige gemiddelde leeftijd in Tonuso is 16,4 jaar (min. 15 jaar, max. 18 jaar).
- De huidige gemiddelde leeftijd in MPI Levenslust is 16,0 jaar (min. 15 jaar, max. 18 jaar).

Voorgeschiedenis en instroomleeftijd samengevat

- Bij een meerderheid van de jongeren uit de toegeleverde dossiers start het jeugdhulpverleningstraject op een leeftijd jonger dan 12 jaar. Dit geldt voor alle knelpuntdossiers van MPI Levenslust.
- De gemiddelde leeftijd bij instroom in de huidige voorziening bedraagt 11-14 jaar.
- De huidige leeftijd van de jongeren in de algemene dossiers is 15-16 jaar.
- De jongeren uit de knelpuntdossiers uit MPI zijn ongeveer even oud als in algemene dossiers voor MPI Levenslust (16,0 jaar), maar iets ouder voor CGG Brussel (17,3 jaar) en Tonuso (16,4 jaar).

Duur van traject en de fasen

In dit deel beschrijven we de duur van het hulpverleningstraject en de verschillende fasen (episodes) van het hulpverleningstraject in een type voorziening.

Volledigheidshalve melden we dat de duur van fasen en trajecten vaak niet exact te reconstrueren was.

Tabel 4: Gemiddelde duur (jaar) van het hulpverleningstraject en verblijf in huidige voorziening

	Gemiddelde duur van het hulpverleningstraject (min.-max.)	Gemiddelde duur van verblijf in huidige voorziening ^a (min.-max.)
Algemene dossiers		
CGG Brussel	/ ^b	/ ^b
Tonuso	7,7 (3-13)	3,1 (1-8)
MPI Levenslust	9,3 (5-13)	5,0 (1-10)
Knelpuntdossiers		
CGG Brussel	10,3 (7-15)	5,8 (1-12)
Tonuso	5,6 (2-10)	2,4 (1-4)
MPI Levenslust	9,2 (8-12)	5,0 (1-7)

Noot: ^a Zie beschrijvende tekst voor de onderbroken fasen. ^b De gemiddelde duur in de algemene dossiers werd niet berekend voor CGG Brussel omwille van een tekort aan informatie.

Algemene dossiers

De gemiddelde duur van het gehele hulpverleningstraject⁸ is gemiddeld 2 jaar langer bij MPI Levenslust (9,3 jaar, min. 5 jaar-max. 13 jaar) dan bij Tonuso (7,7 jaar, min. 3 jaar- max. 13 jaar).

De gemiddelde verblijfsduur in de huidige voorziening varieert:

- De gemiddelde verblijfsduur in Tonuso (incl. veranderen van deelwerking in Tonuso) bedraagt 3,1 jaar (min. 1 jaar - max. 8 jaar). De verblijfsduur varieert van 1 tot 8 jaar, maar duidelijke patronen worden niet gevonden. Opvallend is dat het voornamelijk gaat om ononderbroken fasen.
- De gemiddelde verblijfsduur in MPI Levenslust is 5,0 jaar (min. 1 jaar - max. 10 jaar). De verblijfsduur varieert sterk naargelang het dossier, maar duidelijke patronen worden echter

⁸ De gemiddelde duur in CGG Brussel konden we niet berekenen omdat 4 dossiers niet besproken zijn met de hoofdbehandelaar, waardoor mogelijks gegevens ontbreken, én omdat we niet weten hoeveel sessies in het CGG in die periode plaatsvonden.

niet gevonden voor jongeren die een kortere of langere periode in MPI Levenslust zitten. Het merendeel van de jongeren die de langste periode in MPI Levenslust zitten zijn jongens.

- Vier jongeren (2 meisjes van 14 en 17 jaar en 2 jongens van 16 jaar) verbleven 1 tot 2 jaar ononderbroken in het MPI Levenslust. Bij 1 jongen gebeurde wel een testing voor ASS in een KJP ziekenhuis.
- Twee jongeren (jongen van 14 jaar, niet-Belgische origine 1^e generatie en een meisje van 17 jaar, Belgische origine) zitten 5 jaar in MPI Levenslust.
 - De jongen zit momenteel in een andere MPI, omdat hij alle leefgroepen had doorlopen (gedrags- en agressieproblemen en vermoedens van psychotische kenmerken).
 - Bij het meisje is deze fasen onderbroken geweest: zij heeft 3 episodes in MPI Levenslust doorgebracht.
- Vijf jongens van 15-18 jaar (15 jaar, 2x16 jaar, 17 en 18 jaar) verblijven momenteel 6 tot 10 jaar in het MPI Levenslust. Bij 2 jongens gaat het om 1 fase van 8 tot 10 jaar. De verblijfsduur is onderbroken geweest bij de andere 3 jongens:
 - Twee jongens zijn tijdelijk doorverwezen naar een KJP ziekenhuis voor een testing (naar ASS).
 - Een jongen is tijdelijk opgenomen voor een crisisopname in KJP ziekenhuis (omwille van paranoïde waanideeën).

De duur van de fasen varieert naargelang de sector:

- Geestelijke Gezondheidszorg: duur van begeleiding varieert van enkele weken tot 3-tal jaren.
- Psychiatrie: de periode van residentieel verblijf bedraagt 2 weken tot 2 maanden. (Ambulante begeleidingen zijn niet te reconstrueren).
- Gehandicaptenzorg en Bijzondere Jeugdbijstand (met uitzondering van een OOC en GI): duur varieert tussen 2 en 8 jaar.

Knelpunt dossiers

Jongeren uit CGG Brussel hebben een gemiddelde duur van hulpverleningstraject van 10,3 jaar (7, 8, 11 en 15 jaar), bij Tonuso bedraagt dit 5,6 jaar (2, 4, 5, 7, 10 jaar) en bij MPI Levenslust 9,2 jaar (2x8 jaar, 2x9 jaar en 12 jaar).

De gemiddelde behandel- of verblijfsduur in de huidige voorziening varieert:

- De gemiddelde behandelduur in de voorziening bedraagt voor CGG 5,8 jaar (min. 1 jaar – max. 12 jaar). Voor 2 van de 4 trajecten was dit een onderbroken fase.
 - Twee meisjes ondergingen een ambulante begeleiding of een residentieel (crisis)verblijf in een KJP ziekenhuis.
- De gemiddelde verblijfsduur in Tonuso bedraagt 2,4 jaar (min. 1 jaar-max. 4 jaar) en werd onderbroken.
 - Bij een toen 12-jarig meisje (van niet-Belgische origine) is deze verblijfsduur van 4 jaar onderbroken geweest door een opname in een OOC en een OBC.
 - Bij een toen 15-jarig meisje (niet-Belgische origine) is de verblijfsduur van 2 jaar tweemaal onderbroken geweest door een (op eigen vraag) verblijf in een KJP ziekenhuis en later een crisisopname hier.

- De gemiddelde verblijfsduur in MPI Levenslust is 5 jaar (min. 1 jaar en max. 7 jaar). Deze fase blijkt in een dossier onderbroken geweest te zijn.
 - Een toen 11-jarige jongen die tijdelijk werd doorverwezen (6 weken) naar een KJP voorziening.

Zoals ook bij de algemene dossiers is de duur van de verschillende fasen, waarin ze in contact komen met uiteenlopende voorzieningen, afhankelijk van de sector en voorziening in de jeugdhulpverlening:

- Geestelijke Gezondheidszorg: ambulante begeleidingen lopen van enkele weken tot 9 jaren (uitzonderlijk). (Deze begeleidingen zijn soms onderbroken bij dossier die toegeleverd zijn door CGG Brussel.)
- Psychiatrie: de perioden van een verblijf bedraagt 20 uren (omwille van te grote weerstand bij meisje) tot 4 maanden.
- Gehandicaptenzorg en Bijzondere Jeugdbijstand (met uitzondering van een OOC en GI): de verblijfsduur varieert tussen 1 en 6 jaar.

Niet-weerhouden dossiers bij aanmelding in MPI Levenslust

Het traject van de jongeren varieert van 1 tot 12 jaar (1 jaar, 2x9 jaar en 1x12 jaar). Bij de jongen waar het traject 1 jaar duurde, zou het kunnen dat dit mogelijks 3 jaar is, daar de jongen niet werd weerhouden bij aanmelding in het MPI twee jaar geleden is. Bij het meisje en de NBBM is de duur van het traject 9 jaar, maar zou dit ook 10 jaar kunnen zijn, wederom omdat de aanmelding niet is weerhouden een jaar geleden.

Deze dossiers kennen te veel hiaten om de duur van de fasen te berekenen.

Duur van traject samengevat

- De duur van het hulpverleningstraject bij jongeren die als knelpunt dossiers worden gezien is korter in Tonuso (5,6 jaar) dan bij CGG Brussel (10,3 jaar) of MPI Levenslust (9,2 jaar) .
- In de knelpunt dossiers in CGG Brussel wordt de langste gemiddelde behandelduur vastgesteld met 5,8 jaar.
- In de algemene dossiers worden verblijven het meeste onderbroken door een of meerdere opnames of begeleidingen in een (forensisch) KJP ziekenhuis/voorziening. Dit is vooral het geval bij jongeren in MPI Levenslust.
- In de knelpunt dossiers wordt het traject voornamelijk onderbroken (CGG Brussel en Tonuso) door een opname in een KJP ziekenhuis/voorziening, OBC en OOC.
- De kortste verblijven worden vastgesteld in Psychiatrie (20 uren tot 4 maanden) en GGZ (enkele weken tot 3 jaar), de langste verblijven in BJB en Gehandicaptenzorg (1 tot 8 jaar). In de knelpunt dossiers kan de behandelduur in GGZ oplopen tot 9 jaar.

Contact met aantal sectoren

Tabel 5: Aantal jongeren met het aantal sectoren in hun hulpverleningstraject

	1 of 2 sectoren	3 of meer sectoren
Algemene dossiers		
CGG Brussel	13/15	2/15
Tonuso	10/15	5/15
MPI Levenslust	4/11	7/11
Tot.	27/41	14/41
Knelpunt dossiers		
CGG Brussel	1/4	3/4
Tonuso	1/5	4/5
MPI Levenslust	3/5	2/5
Tot.	5/14	9/14

Algemene dossiers

Bij 27 van de 41 dossiers hebben jongeren een hulpverleningstraject in 1 of 2 sectoren van de jeugdhulpverlening.

- CGG Brussel: N=13
 - 8 jongeren: GGZ (i.c. CGG)
 - 3 meisjes: GGZ (i.c. CGG) en Psychiatrie (m.b.t. eetstoornis en depressieve stemming en m.b.t. zelfmoordpoging)
 - 1 meisje: GGZ (i.c. CGG) en een testing (naar ASS) in een ziekenhuis.
 - 1 jongen en 1 meisje: GGZ (i.c. CGG) en BJB (i.c. begeleidingscentrum voor NBBM en een thuisbegeleidingsdienst).
- Tonuso: N=10
 - 3 jongens en 1 meisje: BJB (i.c. begeleidingstehuis en thuisbegeleidingsdienst)
 - 1 jongen en 3 meisjes: BJB en GGZ (i.c. CGG)
 - 2 jongens: BJB (incl. GI voor een jongen n.a.v. agressie) en Gehandicaptenzorg (i.c. MPI)
- MPI Levenslust: N=4
 - 2 jongens: Gehandicaptenzorg (i.c. MPI)
 - 2 jongens: Gehandicaptenzorg en Psychiatrie

Veertien van de 41 jongeren komen in het hulpverleningstraject in contact met 3 of meer sectoren uit de jeugdhulpverlening.

- CGG Brussel: N=2
 - 1 jongen van 14 jaar: BJB, Gehandicaptenzorg, GGZ en Psychiatrie
 - 1 meisje van 18 jaar: GGZ, Psychiatrie en BJB (i.c. BZW)
- Tonuso: N=5
 - 3 jongeren: BJB (incl. 1x GI bij jongen), Gehandicaptenzorg, GGZ
 - 1 jongen van 14 jaar: Gehandicaptenzorg, BJB en Psychiatrie.
 - 1 meisje (17 jaar): BJB, CAW en Psychiatrie
- MPI Levenslust: N=7
 - 4 jongeren: BJB, Gehandicaptenzorg en Psychiatrie

- 1 jongen: BJB, Gehandicaptenzorg en GGZ
- een 16-jarige jongen: GGZ, BJB (incl. GI omwille van dreigend gedrag in een OOC), Gehandicaptenzorg en Psychiatrie. Deze jongen is vanuit het MPI doorgestuurd naar For-k.
- een 17-jarig meisje: CAW, BJB, GGZ, Gehandicaptenzorg, Psychiatrie

De sector Algemeen Welzijnswerk (i.c. JAC) wordt enkel in 2 dossiers vermeld, namelijk bij een 16-jarig meisje die hier recent naar toe ging op gesprek en een 17-jarig meisje voor crisishulp aan huis.

In 10 dossiers komen (een of meerdere) gelijktijdige begeleidingen voor, namelijk met CGG, wanneer ze in begeleiding zijn in een CLB (N=1), een MPI (N=3), een testing in een ziekenhuis (N=2), begeleid zelfstandig wonen (N=1), thuisbegeleiding (N=1), een begeleidingstehuis (N=3). In 2 dossiers worden jongeren die in een begeleidingstehuis verblijven psychologisch ambulante begeleid in een KJP ziekenhuisafdeling of voorziening. In 1 dossier gebeurt een testing bij een KJP ziekenhuis, terwijl de jongere in een MPI verblijft. In 1 dossier gebeurt een drugsbegeleiding buitenshuis een begeleidingstehuis.

Knelpunt dossiers

Vijf jongeren doorlopen 1 of 2 sectoren in de jeugdhulpverlening. Dit zijn jongens van 14-18 jaar.

- CGG Brussel: N=1
 - 1 jongen van 15 jaar: GGZ (i.c. CGG)
- Tonuso: N=1
 - 1 jongen van 18 jaar: Gehandicaptenzorg (i.c. OBC) en BJB (i.c. begeleidingstehuis)
- MPI Levenslust: N=3
 - 1 jongen van 14 jaar: Gehandicaptenzorg (OBC en MPI) (De jongen is geschorst op school en MPI Levenslust vindt geen alternatieve dagbesteding. De jongen vertoont kenmerken van een hechtingstoornis en borderline stoornis.)
 - 1 jongen van 15 jaar: Gehandicaptenzorg en Psychiatrie
 - 1 jongen van 16 jaar: BJB (incl. pleeggezin en GI) en Gehandicaptenzorg (Ondertussen heeft het MPI hem aangemeld bij For-k.)

Voor 9 van de 15 jongeren komen in het hele hulpverleningstraject 3 of meer sectoren in de jeugdhulpverlening aan bod. Het gaat om 5 meisjes en 4 jongens. De meisjes zijn 15-18 jaar, de jongens zijn 17-21 jaar. Onder deze jongeren zijn 4 van Belgische origine en 5 van niet-Belgische origine.

- CGG Brussel: N=3
 - 2 meisjes van 15 en 18 jaar: GGZ, Psychiatrie en BJB
 - 1 jongen van 21 jaar: GGZ, Psychiatrie, BJB en Gehandicaptenzorg
- Tonuso: N=4
 - 2 meisjes van 15 jaar en 17 jaar: GGZ en BJB en Psychiatrie
 - 1 meisje van 15 jaar: GGZ, BJB en Gehandicaptenzorg (i.c. OBC)
 - 1 jongen van 17 jaar: Psychiatrie (i.c. For-k), BJB (incl. GI, omwille van agressie) en Gehandicaptenzorg
- MPI Levenslust: N=2
 - 2 jongens van 17 en 18 jaar: Gehandicaptenzorg, Psychiatrie en BJB (incl. GI)

In 6 dossiers komen gelijktijdige begeleidingen voor, namelijk met een CGG wanneer ze geplaatst zijn in een MPI (N=1), BZW (N=2) en een begeleidingstehuis (n=3). In 1 dossier van MPI Levenslust komt een gelijktijdige behandeling voor met een externe psychiater.

We vermelden nog enkele bijzonderheden bij de knelpunt dossiers:

- Negen van de 14 dossiers hebben een of meerdere tijdelijke fasen doorlopen in een psychiatrische voorziening/ziekenhuis . Dit geldt voor 3 van de 4 dossiers van CGG, voor 3 van de 5 dossiers van Tonuso en voor 2 van de 5 dossiers van MPI Levenslust. De aanmeldingen in de psychiatrische voorziening/ziekenhuis gebeurden door een huisarts (1x), CGG (3x), CLB (1x), begeleidingstehuis (1x), MPI (1x), JRB (1x), Begeleid zelfstandig wonen (1x), rechtstreeks bij een crisisgeval en bij een aanmelding is het niet geweten.
- Er vonden geen ambulante begeleidingen in Geestelijke Gezondheidszorg plaats in de hulpverleningsgeschiedenis van de jongeren die nu in MPI Levenslust zitten. Slechts 2 jongeren van de 14 (algemene en knelpunt dossiers) die momenteel in CGG Brussel begeleid worden zijn in aanraking geweest met Gehandicaptenzorg.

Niet weerhouden dossiers bij aanmelding in MPI Levenslust

Alle jongeren hebben minstens 3 sectoren in de jeugdhulpverlening doorlopen (incl. dit MPI). Tot deze sectoren behoren Bijzondere Jeugdbijstand, Gehandicaptenzorg en Psychiatrie. Bij een jongen (NBBM) komt ook de sector Geestelijke gezondheidszorg aan te pas.

Van het laatstgenoemde dossier (jongen van niet-Belgische origine eerste generatie) is bij MPI Levenslust “via-via” geweten dat hij nu is ondergebracht in een begeleidingstehuis voor NBBM in West-Vlaams-Brabant. Bij een ander dossier hebben wij een zeer sterk vermoeden dat de jongen (16 jaar, niet-Belgische origine) momenteel in Tonuso zit (nu dus vermoedelijk 17 jaar), op basis van de dossiergegevens.

Contact met aantal voorzieningen samengevat

- Een meerderheid van de jongeren uit de algemene dossiers heeft 1 à 2 sectoren doorlopen. In de knelpunt dossiers heeft een meerderheid van de jongeren contact gehad met 3 of 4 (en soms 5) sectoren.
- Voornamelijk oudere adolescenten hebben 3 of meer sectoren doorlopen. Jongens zijn hierbij iets ouder (17-21 jaar) dan de meisjes (15-18 jaar).
- Meisjes komen in contact met zowel GGZ en BJB of GGZ en Psychiatrie; jongens komen meer in contact met BJB en Gehandicaptenzorg.
- Jongens met ernstige agressieproblemen doorlopen meerdere sectoren en komen meer in contact met een GI of For-k.
- Een verblijf in een gemeenschapsinstelling (voornamelijk jongens) komt meer voor in de knelpunt dossiers en in de niet-weerhouden dossiers bij aanmelding in MPI Levenslust.
- Sommige jongeren worden simultaan begeleid door CGG bij een verblijf in een andere sector.
- In de knelpunt dossiers komt contact met de sector Psychiatrie beduidend meer naar voor dan in de algemene dossiers.
- De sector AWW wordt nauwelijks vermeld in de dossiers. In deze enkele gevallen zijn het meisjes die in aanraking komen met AWW.

Aanmeldingen

De eerste aanmelder in de huidige voorzieningen wordt in Tabel 6 weergegeven voor alle algemene dossiers en knelpunt dossiers.

Tabel 6: De eerste aanmelder in de huidige voorzieningen

	CGG Brussel	Tonuso	MPI Levenslust
Algemene dossiers	• CLB (N=3) • ouders (N=2) • jongere in samenspraak met ouders • school • huisarts • psychotherapeut • ambulant revalidatiecentrum • pediatrie • K-dienst pediatrie • begeleidingstehuis • MPI	• OOOC (N=8) • rechtstreeks via CBJ (N=5) • gemeenschapsinstelling • een ander begeleidingstehuis	• rechtstreeks via ouders, CLB, School (N=5) • OOOC (N=3) • KJP ziekenhuis (N=2) • Een ander MPI
Knelpunt-dossiers	• ouders • CLB • CLB en ouders • een ander CGG	• rechtstreeks door CBJ of JRB (N=4) • OBC	• OOOC (N=2) • OBC • KJP ziekenhuis • een ander MPI

Bij de niet-weerhouden dossiers bij aanmelding in MPI Levenslust zijn 3 aanmeldingen gebeurd door For-k. Een dossier is rechtstreeks aangemeld door de Jeugdrechtbank (de jongen van niet-Belgische origine eerste generatie).

Aanmeldingen samengevat

- Aanmeldingen in het CGG Brussel en MPI Levenslust gebeuren door verschillende voorzieningen uit alle sectoren en door ouders/jongere zelf.
- Voorzieningen uit de Gehandicaptenzorg doen nauwelijks aanmelding van een jongere in CGG Brussel.
- Aanmeldingen in Tonuso gebeuren voornamelijk door voorziening uit de sector zelf (OOOC, GI, een ander begeleidingstehuis) of door CBJ/JRB rechtstreeks.
- De aanmeldingen in MPI Levenslust die niet weerhouden zijn, gebeurden voor de meesten uit For-k.

Verwijzer & regio

Tabel 7: Aantal hulpverleningstrajecten met fasen buiten regio Brussel en West-Vlaams-Brabant

	algemene dossiers	knelpunt dossiers
CGG Brussel	2/15	3/4
Tonuso	4/15	3/5
MPI Levenslust	7/11	5/5
Tot.	13/41	11/14

Algemene dossiers

Voor 13 van de 41 dossiers spelen een of meerdere fasen van het hulpverleningstrajecten zich af buiten de regio Brussel en West-Vlaams-Brabant (zie Tabel 7). Dit is van toepassing voor de volgende voorzieningen: KJP ziekenhuis/voorziening (Leuven, Kortenberg, Gent), forensische KJP voorziening (Kortenberg), OBC (regio Mechelen), OOOC (regio Mechelen), MPI (Oost-Vlaanderen: Gent en Buggenhout), CAW (Mechelen en Turnhout). Dit komt het meest voor in de dossiers uit MPI Levenslust (7dossiers) en minder voor dossiers uit Tonuso (4dossiers) en CGG Brussel (2 dossiers).

Verwijzingen gebeuren over sectoren heen:

1) Verwijzingen naar GGZ

- van Gehandicaptensector naar GGZ: N=2
 - 2 jongens (toen 10 en 11 jaar) van een MPI voor een gelijktijdige begeleiding in een CGG (omwille van gedragsproblemen).
- van BJB naar GGZ: N=5
 - 3 meisjes en 2 jongens (toen 10, 11, 13, 16, 17 jaar) voor een gelijktijdige diagnosestelling, speltherapie of psychologische gespreksbegeleiding in een CGG vanuit een begeleidingstehuis (N=4) en een thuisbegeleidingsdienst (N=1).
- van Psychiatrie naar GGZ: N=3
 - 3 meisjes (toen 13 en 17 en 18 jaar) (met depressieve stemming) die terug komen naar CGG na tijdelijke doorverwijzing. De twee oudsten (Belgische en niet-Belgische

origine) worden na een korte periode onder begeleiding van CGG opnieuw naar het KJP ziekenhuis gestuurd voor een langere periode.

2) Verwijzingen naar Psychiatrie (tijdelijke doorverwijzingen)

- van AWW naar Psychiatrie: N=1
 - 1 meisje van toen 16 jaar die na crisishulp aan huis (CAW) wordt doorgestuurd naar een zelfstandige psychiater.
- van GGZ naar Psychiatrie: N=2
 - Een meisje van toen 17 jaar wordt (omwille van een zelfmoordpoging) door CGG naar een volwassen psychiatrische voorziening gestuurd in afwachting van plaats in een KJP voorziening.
 - Een meisje van toen 17 jaar wordt vanuit een CGG naar een KJP ziekenhuis gestuurd (omwille van dissociatieve stoornis NAO en stoornis van Gilles de la Tourette).
- van Gehandicaptensector naar Psychiatrie: N=4

Dit zijn 4 jongens (toen 12-16 jaar) die momenteel in MPI Levenslust zitten.

 - Bij een (toen 14 en 16-jarige) jongen gebeurt een testing (naar ASS) in een KJP ziekenhuis. (De toen 14-jarige jongen heeft reeds een diagnose gekregen van ADHD, ODD en zwakbegaaftheid op 9 jaar, bij de 16-jarige is een diagnose ADHD op 8 jaar gesteld en ADHD en pervasieve ontwikkelingsstoornis op 14 jaar.)
 - Een jongen wordt (op 14-jarige leeftijd) van MPI naar KJP ziekenhuis gestuurd (omwille van een combinatie van problemen: vermoeden van drugsdealing, spijbelen, vermoeden van borderline en bipolaire stoornis. Deze jongen wordt nadien doorgestuurd naar For-k en komt dan terug in MPI, om even later in crisis terug te gaan naar For-k en wederom terug naar MPI te keren).
 - Een jongen gaat (op 8-jarige leeftijd) naar een KJP ziekenhuis voor een testing (op vermoedens van psychose en autisme en krijgt de diagnose licht mentale beperking, gedragsstoornis NAO, hechtingstoornis. Deze jongen gaat op 16 jaar in crisisopname omwille van onrustwekkende waanideeën.)
- Van BJB naar Psychiatrie: N=4
 - Een meisje (toen 17 jaar) werd vanuit een begeleidingstehuis op wekelijkse gespreksbegeleiding gestuurd in een KJP ziekenhuis.
 - Een meisje (toen 14 jaar) werd vanuit JRB rechtstreeks in crisisopname gestuurd.
 - Twee jongens (toen 10 en 14 jaar) werden tijdelijk doorverwezen vanuit een begeleidingstehuis naar een psychiatrisch ziekenhuis en een extern psychiater, en naar een gemeenschapsinstelling (omwille van agressief, onhandelbaar en impulsief gedrag.)

3) Verwijzingen naar Gehandicaptenzorg

- van BJB naar Gehandicaptenzorg: N=3
 - 1 meisje (toen 12 jaar) en 2 jongens (toen 11 en 14 jaar), op definitieve doorverwijzing van een OOC naar een MPI.
- van Psychiatrie naar Gehandicaptenzorg: N=2
 - 2 meisjes (toen 14 en 16 jaar) die (omwille van nood aan structuur en duidelijkheid) definitief naar een MPI worden doorgestuurd.

4) Verwijzingen naar Bijzondere Jeugdbijstand

- van Gehandicaptenzorg naar BJB: N=5
 - 2 jongens (toen 8 en 11 jaar) en 1 meisje (toen 8 jaar) gaan van een OBC naar een OOC en twee begeleidingstehuizen. Het gaat het om definitieve doorverwijzingen.
 - 1 jongen (toen 14 jaar) wordt tijdelijk doorverwezen van een MPI naar een GI (omwille van agressie).
 - Bij een jongen gebeuren er twee definitieve doorverwijzingen op 14-jarige leeftijd in 1 jaar tijd, van een MPI naar begeleidingstehuis (omwille van weigering om agressief gedrag na een tweede opname in MPI).
- Van GGZ naar BJB : N=2
 - 1 meisje van 12 jaar gaat vanuit een CGG naar een thuisbegeleidingsdienst.
 - 1 meisje van 18 jaar gaat vanuit een CGG naar BZW.

Sommige jongeren worden ook een of meerdere keren doorverwezen binnen de sector.

- Gehandicaptenzorg: N=1
 - Een dossier van een 14-jarige jongen van het ene MPI naar een ander (omwille van het reeds doorlopen hebben van alle leefgroepen in het ene MPI door moeilijk hanteerbaar gedrag omwille van psychotische kenmerken).
- Bijzondere Jeugdbijstand: N=11
 - van OOC naar begeleidingstehuis (N=2, jongens),
 - van thuisbegeleiding naar begeleidingstehuis (N=4, 3 meisjes en 1 jongen),
 - van ene begeleidingstehuis naar andere (N=1, omdat jongen dit wou),
 - van gemeenschapsinstelling naar begeleidingstehuis (N=1, jongen),
 - van OOC naar thuisbegeleiding naar begeleidingstehuis (N=1, meisje),
 - van pleegzorgdienst naar OOC naar begeleidingstehuis (N=1)
 - van begeleidingstehuis naar OOC naar Gemeenschapsinstelling naar OOC (N=1, een jongen met gedragsproblemen en vermoeden van reactieve hechtingstoornis).
- Psychiatrie: N=4
 - In een dossier belandt een 17-jarig meisje in een volwassen psychiatrische voorziening in afwachting van plaats in een KJP ziekenhuis.
 - In een dossier komt een 14-jarige jongen na collocatie in een psychiatrische volwassenen voorziening thuis te zitten in afwachting van een plaats in een KJP ziekenhuis.
 - In twee dossier worden meisjes (14 jaar) rechtstreeks opgenomen na een crisisopname in een KJP voorziening en een For-k dienst.

Knelpunt dossiers

Van alle 14 dossiers spelen in 11 gevallen 1 of meerdere fasen van het hulpverleningstraject zich af buiten de regio Brussel en West-Vlaams-Brabant (zie Tabel 7). Dit geldt wanneer men beroep deed op een psychiatrisch(e) voorziening/ziekenhuis (Kortenberg, Leuven, Tienen, Sint-Truiden), For-k (Kortenberg), gemeenschapsinstelling (Ruislede en Mol), OOC (Kortenberg) en OBC (regio Mechelen). Dit komt voor in de dossiers van CGG Brussel voor psychiatrisch ziekenhuis, voor de dossiers van Tonuso voor (forensische) psychiatrisch ziekenhuis/voorziening en gemeenschapsinstelling en voor de dossiers van MPI voor alle bovenvermelde voorzieningen.

Dit is van toepassing voor 3 dossiers bij CGG Brussel en Tonuso en voor alle dossiers van MPI Levenslust.

Verwijzingen gebeuren over sectoren heen

1) Verwijzingen naar GGZ

- van BJB naar GGZ: N=1
 - 1 jongen (toen 17 jaar) gaat vanuit een CGG naar BZW.
- van Psychiatrie naar CGG: N=5
 - 1 (toen 18-jarige) jongen gaat naar CGG na crisisopname van 2 weken.
 - 4 meisjes (toen 15 jaar (2x), 16 jaar en 17 jaar): 2 meisjes komen naar het CGG na een residentieel verblijf, een meisje van 15 jaar komt in een CGG terecht na een spoedopname, een meisje van 17 jaar komt twee maal terecht in CGG na een verblijf op eigen initiatief en na een crisisopname. (De twee 15-jarige meisjes hebben ook een gelijktijdig verblijf in een begeleidingstehuis van BJB.)

2) Verwijzingen naar psychiatrie

- van BJB naar Psychiatrie: N=3
(Het gaat hier telkens om suïcidegedachten/pogingen.)
 - Een (18-jarige) jongen werd doorverwezen van een begeleidingstehuis naar KJP ziekenhuis.
 - Een meisje gaat op 13-jarige leeftijd vanuit een begeleidingstehuis naar een KJP ziekenhuis.
 - Een meisje (dat op 15-jarige leeftijd gecollocerd werd in een KJP ziekenhuis) gaat op 16-jarige leeftijd eerst op eigen vraag vanuit een begeleidingstehuis tijdelijk naar een KJP ziekenhuis en later in crisisopname terug.
- Van GGZ naar Psychiatrie: N=2
 - Een meisje wordt omwille van grote angsten in crisis naar KJP ziekenhuis gestuurd op 14-jarige leeftijd vanuit een CGG.
 - Een meisje wordt op 15-jarige leeftijd vanuit een CGG naar een KJP ziekenhuis gestuurd in crisisopname (omwille van eetproblematiek en paranoïde wanen).
- van Gehandicaptenzorg naar Psychiatrie: N=1
 - Een jongen (toen 11 jaar) gaat (omwille van seksueel grensoverschrijdend gedrag) vanuit een MPI naar een KJP voorziening (waar hij de diagnose psychotische stoornis NAO krijgt. De jongen had op 8 jarige leeftijd reeds ADHD, reactionele hechtingsstoornis, gedragsstoornis met depressieve component gediagnosticeerd gekregen.).

3) Verwijzingen naar Gehandicaptenzorg

- van GGZ naar Gehandicaptenzorg: N=1
 - een jongen (toen 9 jaar) wordt vanuit een CGG naar een MPI gestuurd.
- van BJB naar Gehandicaptenzorg: N=3
 - Een meisje ging op 12 jarige leeftijd vanuit een OOOO naar een OBC

- Twee jongens gingen vanuit een OOC naar een MPI op 12 en 15-jarige leeftijd.

4) Verwijzingen naar Bijzondere jeugdbijstand

- van Gehandicaptenzorg naar BJB: N=4.
 - Een meisje ging (op 12-jarige leeftijd) van een OBC naar een begeleidingstehuis (omdat termijn van twee jaar was verstreken.)
 - Drie jongens (toen 14, 16 en 17 jaar) werden van een MPI naar een GI gestuurd (omwille van agressief gedrag, waarbij de 16-jarige jongen gediagnosticeerd was met GES en ontwikkelingsstoornis en de 17-jarige jongen paranoïde wanen had en een gediagnosticeerde ernstige hechtingsproblematiek op 9 jaar.)
- van GGZ naar BJB: N=1
 - Een meisje wordt op 18-jarige leeftijd naar BZW geassisteerd.
- van Psychiatrie naar BJB: N=1
 - Een jongen van 18 jaar (diagnose schizofrene persoonlijkheidsstoornis met paranoïde wanen) gaat vanuit een KJP crisisopname naar een gemeenschapsinstelling.

Verwijzingen gebeuren ook binnen sectoren:

- Gehandicaptenzorg: N=2
 - Twee jongens gaan van één MPI naar een ander MPI. Dit geldt voor een 15-jarige jongen omwille van het hebben van een aangepaste begeleidingscategorie in een MPI. Voor de andere jongere is het om onduidelijke redenen en op niet-reconstrueerbare leeftijd.
- Bijzondere Jeugdbijstand: N=1
 - Een (toen 15-jarige) jongen gaat van een thuisbegeleidingsdienst naar een begeleidingstehuis.

Niet-weerhouden dossiers bij aanmelding in MPI Levenslust

In alle 4 dossiers spelen een of meerdere fasen zich af buiten de regio Brussel en West-Vlaams-Brabant. Dit geldt voor de volgende voorzieningen: gemeenschapsinstelling, (forensische) psychiatrische voorziening/ziekenhuis, OOC en een pleegzorgdienst.

Verwijzingen blijken ook hier te gebeuren zowel over sectoren heen als binnen sectoren. Omdat de dossiers te veel hiaten kennen, kunnen we dit niet op een juiste wijze reconstrueren.

Verwijzer en regio's van algemene dossiers samengevat

- Vooral de jongeren in MPI Levenslust hebben een regio-overschrijdend hulpverleningstraject.
- De Gehandicaptenzorg verwijst voornamelijk jongens door naar andere voorzieningen uit verschillende sectoren. Er is weinig doorverwijzing tussen Gehandicaptenzorg en GGZ en omgekeerd, zeker in de knelpuntdossiers.
- De Geestelijke Gezondheidszorg verwijst voornamelijk oudere meisjes door (14-18 jaar).
- Psychiatrie doet dienst als een tijdelijke opvang voor voornamelijk meisjes uit GGZ, jongens uit Gehandicaptenzorg en jongens en meisjes uit BJB.
- Verwijzingen binnen de sector gebeurt in de algemene dossiers voornamelijk in Bijzondere jeugdbijstand overheen verschillende voorzieningen (OOOC, begeleidingstehuis, thuisbegeleidingsdienst, pleegzorgdienst en GI).
- Enkele jongeren komen in afwachting van plaats in een KJP ziekenhuis terecht in een psychiatrische volwassenenafdeling.
- Verwijzingen binnen de sector gebeuren minder in de knelpuntdossiers.

Redenen van doorverwijzing

In dit deel beschrijven we de vernoemde redenen van doorverwijzing die in se niet gelinkt zijn aan de persoonsproblematiek. We splitsen deze op naar functionele doorverwijzingen en niet-functionele doorverwijzingen.

Algemene dossiers

We vinden doorverwijzingen gebonden aan regelgeving:

- Een traject wordt beïnvloed door regelgeving. Zo zijn er meerdere dossiers waar de maximale verblijfsduur in voorzieningen om is, i.c. geldt dit voor OBC, OOOC en psychiatrische voorzieningen/ziekenhuizen.

Daarnaast spelen doorverwijzingen om andere, vaak praktische, redenen:

- In 1 dossier wordt een jongere doorverwezen naar een ander MPI omdat die alle leefgroepen heeft doorlopen.
- In 1 dossier vormt naast psychotische kenmerken het feit dat een 16-jarige jongen niet meer naar school gaat, de druppel om van MPI naar For-k te gaan.
- Bij 4 jongens (die een hulpverleningstraject hebben in 3 of meer sectoren) liggen een of meerdere agressiedelicten aan de basis van een doorverwijzing:
 - een toen 10-jarige jongen; van begeleidingstehuis naar een KJP ziekenhuis
 - een toen 14-jarige jongen (met vermoedens van een reactieve hechtingsstoornis) van een OOOC naar een GI
 - een toen 14-jarige jongen van een MPI naar een GI
 - een 15-jarige jongen is herhaaldelijk tussen leefgroepen verwezen omwille van agressie. In dit laatste dossier wordt gemeld dat een MPI een verdere begeleiding niet meer zag zitten, hoewel na een time-out en psychiatrische opname de jongere toch terug wordt opgenomen.

In 2 dossiers (jongens van toen 11 en 14 jaar) gebeurt een residentiële opvang in een begeleidingstehuis (BJB), omdat de moeder aangeeft dat ze situatie niet meer aankan.

Knelpunt dossiers

Hier gelden natuurlijk ook doorverwijzingen omwille van formele regelgeving (decreet, wet).

- Bij een 17-jarige jongen gebeurde een doorverwijzing vanuit een MPI ook omwille van een interne regel in een MPI dat stelt dat na 3 schorsingen van een school er niet meer gezocht wordt naar een andere school.

Ook verwijzingen om andere redenen

- Bij 2 jongens (uit MPI Levenslust) is een agressiedelict of conflict de oorzaak van doorverwijzing vanuit het MPI naar een gemeenschapsinstelling.
- In 3 dossiers van de 14 zijn er fasen die worden aangevat in OOC en Begeleidingstehuis (BJB), omdat ouders zich niet meer de baas zien over de situatie thuis. Dit geldt voor 2 jongens van toen 11 en 17 jaar en een meisje van 12 jaar.

Redenen van doorverwijzing samengevat

- In verschillende dossiers gebeuren doorverwijzingen omwille van formele regelgeving betreffende het beëindigen van de verblijfsduur in de voorziening.
- Agressief gedrag en delicten zijn een reden voor doorverwijzing bij jongens (14-17 jaar) naar GI, KJP ziekenhuis of naar een ander MPI.
- Voornamelijk bij jongens gebeuren doorverwijzingen naar BJB (OOC en begeleidingstehuis), omdat ouders aangeven de situatie niet meer aan te kunnen.

Diagnose

In dit deel beschrijven we welke diagnoses gekend zijn bij de jongeren. De diagnoses worden vermeld zoals letterlijk beschreven in de dossiers.

Tabel 8: Aantal jongeren met een gediagnosticeerde problematiek

	Diagnoses bij aanmelding in de huidige voorziening	Diagnose tijdens hulpverlening in huidige voorziening
Algemene dossiers		
CGG Brussel	2/15	10/15
Tonuso	0/15	0/15
MPI Levenslust	5/11	1/15 ^a
Tot.	7/41	11/41
Knelpunt dossiers		
CGG Brussel	1/4	1/4
Tonuso	0/5	0/5 ^b
MPI Levenslust	4/5	1/5 ^c
Tot.	5/14	2/14

Noot: ^aBij 6 andere jongeren worden stoornissen vermoed. ^b Bij 1 jongere bestaat er onenigheid over 'een' psychiatrische diagnose tussen twee voorzieningen. ^c Bij 3 jongens worden psychiatrische stoornissen in ontwikkeling gesteld.

Algemene dossiers

In 7 dossiers van de 41 is een diagnose gekend bij aanmelding in de huidige voorziening:

- CGG Brussel: N=2
 - autisme (leeftijd niet duidelijk) (jongen)
 - dyscalculie op “lagere school leeftijd” (meisje)
- MPI Levenslust: N=5
 - reactieve hechtingsstoornis op 14j (jongen)
 - ADHD en ODD op 16j (jongen)
 - PTSS en licht verstandelijke beperking op 15 jaar (meisje)
 - ADHD en pervasieve ontwikkelingsstoornis op 14 jaar (jongen)
 - ADHD, reactieve hechtingsstoornis en zwakbegaafdheid op 14jaar (jongen)

In 11 trajecten van de 41 worden diagnoses gegeven tijdens de huidige begeleiding (al dan niet buitenshuis de voorziening).

- CGG Brussel: N=10
 - syndroom van Asperger (3 jongens),
 - PTSS met psychotische kenmerken (een jongen van niet-Belgische origine van eerste generatie)
 - aanpassingsstoornis al dan niet met lichte zwakbegaafdheid (jongen en meisje),
 - dysthyme stoornis en eetstoornis NAO (meisje)
 - dysthyme stoornis en lichte zwakbegaafdheid (meisje),
 - dissociatieve stoornis NAO met Gilles de la Tourette (meisje).

De diagnoses worden op een gemiddelde leeftijd van 12,9 jaar gesteld, waarvan drie jongeren op 10-11 jarige leeftijd, twee jongeren op 12 en 14 jaar en vijf jongeren op 16 en 17 jarige leeftijd.

- MPI Levenslust: N=1
 - gedragsstoornis NAO, hechtingsstoornis en lichte verstandelijke beperking op 8 jaar (jongen), wanneer ze een vermoeden hadden van een psychotische stoornis in ontwikkeling.

Ook bij de volgende jongeren zijn psychiatrische stoornissen in ontwikkeling gesteld:

- twee jongens (15 jaar) waarvan het MPI Levenslust een vermoeden heeft dat de jongere een psychotische stoornis (paranoïde gedachten en wanen) ontwikkeld
- een 14-jarig meisje waarbij kenmerken van Borderline worden vermoed
- een 16-jarige jongen waarbij autisme wordt vermoed en wordt voor getest buitenshuis (2 jaar ervoor is de diagnose ADHD en pervasieve ontwikkelingsstoornis gegeven)

In 4 van deze 5 dossiers werd een of meerder keren een verblijf of testing in een KJP voorziening/ziekenhuis geweest.

Knelpunt dossiers

In 5 van de 14 dossiers is een diagnose gekend bij aanmelding in de huidige voorziening, dit zijn allemaal jongens.

- CGG Brussel: N=1

- autisme op 7 jaar
- MPI Levenslust: N=4
 - ADHD op 6 jaar
 - aandachts- en concentratieproblemen op 7 jaar en ADHD, reactionele hechtingsstoornis, gedragsstoornis met depressieve component op 8 jaar
 - ernstige hechtingsproblematiek op 9 jaar
 - gedrags- en emotionele stoornis en ontwikkelingsstoornis op 15 jaar.

In 2 van de 14 dossiers wordt een diagnose gesteld tijdens de huidige begeleiding.

- CGG Brussel: N=1
 - 'eetproblematiek' bij meisje
- MPI Levenslust: N=1
 - psychotische stoornis NAO⁹ op 11 jaar bij een jongen (door een KJP voorziening) (diegene met ADHD op 7 jaar en ADHD, reactionele hechtingsstoornis, gedragsstoornis met depressieve component op 8 jaar)

Bij 3 jongens uit het MPI Levenslust worden ook stoornissen in ontwikkeling gesteld:

- borderline bij een jongen van 14 jaar
- paranoïde persoonlijkheidsstoornis bij een jongen van 17 jaar (Hij kreeg op 9 jaar de diagnose ernstige hechtingsproblematiek.)
- schizofrene persoonlijkheidsstoornis met paranoïde wanen op 15 jaar (Hij kreeg op 6-jarige leeftijd de diagnose ADHD.)

Drie van de 4 jongeren met een diagnose of vermoedens tot een diagnose in ontwikkeling, die in het MPI Levenslust verblijven of recent verbleven, zitten momenteel in een gemeenschapsinstelling.

In dossiers van jongeren die momenteel in Tonuso verblijven heeft geen enkele jongere een psychiatrische diagnose. In 3 dossiers zijn wel psychiatrische consultaties/opnames aan te pas gekomen. In een dossier bestaat er onenigheid over het wel of niet bestaan van 'een' psychische stoornis tussen de afdeling pediatrie en KJP van eenzelfde ziekenhuis.

Niet-weerhouden dossiers bij aanmelding

In 2 dossiers zijn diagnoses gekend bij de aanmelding:

- reactieve hechtingsstoornis en depressie op 12 jaar (jongen)
- ADHD op 7 jaar en ADHD en hechtingsstoornis op 11 jaar (meisje)

⁹ "Deze categorie omvat psychotische symptomatologie [d.w.z. wanen, hallucinaties, onsamenhangende spraak, sterk chaotisch of katatoon gedrag], waarover onvoldoende gegevens beschikbaar zijn om een specifieke diagnose te stellen of waarover tegenstrijdige informatie bestaat, of stoornissen met psychotische symptomen die niet voldoen aan de criteria voor een van de specifieke psychotische stoornissen." (DSM-IV-TR)

Diagnose in algemene dossiers samengevat

- De meest vernoemde stoornissen zijn ontwikkelingsstoornissen (ADHD, ASS, hechtingsstoornis), stemmingsstoornissen en (vermoedens van) en persoonlijkheidsstoornissen in ontwikkeling.
- Een diagnose bij aanmelding komt meer voor bij jongeren uit knelpunt dossiers.
- In MPI Levenslust worden vaak persoonlijkheidsstoornissen in ontwikkeling (Borderline en psychotisch stoornissen) gesteld.
- Jongeren uit Tonuso hebben geen psychiatrische diagnose. Sommigen hebben wel een psychiatrische opname of consultaties gehad.

3.2.2 Knelpunten in het traject van de jongeren

Knelpunten zijn obstakels die het traject van de jongeren onterecht onderbreken of bemoeilijken.

In 24 van de 41 dossiers zijn knelpunten vastgesteld in het hulpverleningstraject.

- CGG Brussel: N=7 (/15)
- Tonuso: N=9 (/15)
- MPI Levenslust: N=8 (/11)

Logischerwijs zijn in alle knelpunt dossiers obstakels gevonden.

In onderstaande paragrafen bespreken we de knelpunten. We zien dat meer types knelpunten worden gerapporteerd bij de algemene dossiers dan in de knelpunt dossiers (Tabel 9). Knelpunten specifiek voor de knelpunt dossiers zijn apart aangeduid.

Tabel 9: Knelpunten in het traject van de jongeren

Knelpunten bij persoon	Knelpunten in het aanbod
• demotivatie (ook bij ouders) • weigeren van hulp (ook bij ouders**) • gedragsproblemen/agressie* • schorsingen / problematische afwezigheden op school* • schooluitval	• wachtlijsten (+ meerdere aanmeldingen) • toegankelijkheid • ongepaste plaats • personeelsverloop • weigering van jongeren* • diagnostiek te duur • gebrekkige informatiedoorstroom • niet kunnen aanbieden van gepaste hulpverlening**

Noot: * komt meer voor bij de knelpunt dossiers. ** komt enkel voor bij knelpunt dossiers

Knelpunten verbonden aan persoon

Algemene dossiers

Jongeren kunnen hun begeleiding zelf beëindigen omwille van een **demotivatie**, wat voornamelijk het geval blijkt te zijn voor meisjes in de sector Geestelijke Gezondheidszorg en Psychiatrie.

- Een toen 16-jarig meisje (Belgische origine) stopt met een begeleiding in een CGG, omdat ze het moeilijk vindt om over het probleem te praten en omdat de psycholoog vervangen was.

- Een toen 16-jarig meisje (niet-Belgische origine) die de begeleiding in een psychiatrische voorziening stopt omtrent een eetstoornis en diagnose dysthyme stoornis.
- Een toen 18-jarig meisje (niet-Belgische origine) die stopt met een begeleiding in een KJP ziekenhuis, omdat ze weinig evolutie zag bij zichzelf en geen goede samenwerking ervoer met psychiater.
- Een toen 15-jarige jongen (Belgische origine) in een CGG die tevens geen verbetering zag met de begeleiding met een psychiater.

Jongens **weigeren** vaak de hulp die wordt aangeboden of haken tijdens de hulpverlening af:

- Twee jongens van toen 14 en 18 jaar weigerden opvang in een dagcentrum in BJB.
- Een toen 16-jarige jongen weigerde terug naar het MPI te gaan na een psychiatrische opname.

Ook de **ouders** kunnen een rol spelen bij het afbreken van het hulpverleningstraject.

- In 1 dossier zijn ouders niet gemotiveerd voor een thuisbegeleiding van Bijzondere jeugdbijstand.
- Een ouder haalt de jongere terug naar huis uit een MPI.
- In 1 dossier zagen de ouders zien een opname in een dagcentrum niet zitten, omdat deze een psychiatrische stigmatiserende stempel had.
- In 1 dossier werkten de ouders onvoldoende mee om voor de jongere tot een diagnose te komen in een KJP ziekenhuis (waardoor enkel vermoedens werden gesteld van een hechtingsstoornis).

Gedragsproblemen/agressiedelicten en bijgevolg schorsingen op school die naweeën en problemen geven in de huidige hulpverlening worden expliciet vermeld bij 7 jongens¹⁰:

- drie jongens van toen 10-14 jaar die momenteel in Tonuso zitten
- vier jongeren (waarvan drie jongens) van toen 15-16 jaar die momenteel in MPI zitten

Bij een 16-jarig meisje wordt **schooluitval** gemeld na psychiatrische opname.

(Begeleidingen in een CGG kunnen ook onderbroken worden door vakantieperiodes van jongeren, vooral bij jongeren van niet-Belgische origine.)

Knelpuntdossiers

In 7 dossiers van de 14 haken vooral meisjes een of meerdere keren af omwille van een **demotivat**ie tijdens een begeleiding of opname in hun traject, voornamelijk in de sector Psychiatrie en GGZ¹¹ (Deze vaststellingen worden niet gemaakt in dossiers van MPI Levenslust.)

- in een KJP ziekenhuis:
 - een toen 12-jarig meisje waar weerstand veel te groot was op tijdens een crisisopname;

¹⁰ Het schooltraject hebben we niet behandeld in de reconstructie van het hulpverleningstraject, maar we hebben zeer grote vermoedens dat een groot deel van de jongeren problemen kent in zijn schooltraject.

¹¹ Er is ook sprake van het afhaken van alternatieve dagbestedingsprojecten (in plaats van schoolactiviteit), maar die worden in dit onderzoek niet geanalyseerd.

- een toen 14-jarig meisje die erg angstig was en haar moeder teveel miste vanuit haar residentiële verblijf;
- een meisje dat zowel op 14 jaar hulpverlening afbrak, omdat ze vond dat ambulante begeleiding omtrent eetproblematiek niet hielp, als op 16-jarige leeftijd op een residentiële afdeling;
- in een CGG:
 - een meisje van toen 12 jaar (die nadien ook afhaakte in een KJP ziekenhuis;)
 - een meisje van 15 jaar die momenteel in een begeleidingstehuis van BJB (Tonuso) zit;
 - een 21-jarige jongen (die nog in begeleiding is in het CGG omdat het secundair onderwijs nog niet is afgerond) stelt geen hulpvraag meer, hoewel de hulpverleners menen dat hij nog begeleiding nodig heeft, omwille van ernstige schooluitval en autisme problematiek.
- in een OBC:
 - een meisje van toen 13 jaar die niet langer in het OBC wou verblijven.

In 1 dossier werd thuisbegeleiding **geweigerd door ouders** van een toen 13-jarig meisje dat niet meer in OBC wou verblijven (zie hierboven).

In 13 van de 14 trajecten zijn **schorsing of problematische afwezigheden** van school gekend. (In 4 van de 5 trajecten van jongeren die nu in een begeleidingstehuis van BJB zitten is een alternatieve dagbesteding momenteel lopende.)

In 1 dossier (uit MPI Levenlust) van de 14 is **een agressiedelict of conflict** in de voorziening de oorzaak van uitval in het MPI (zie ook 3.2.3).

Niet-weerhouden dossiers bij aanmelding in MPI Levenlust

Oppositieel opstandig en agressief gedrag is in 3 dossiers de reden van doorverwijzing in een of meerdere fasen van hun traject. Bij 1 dossier komt ook diefstal aan te pas.

De jongeren werden niet weerhouden bij aanmelding omwille van een **te zware en complexe problematiek** en het niet kunnen bieden van gepaste hulp. Een jongen van niet-Belgische origine werd reeds 1 jaar tevoren aangemeld bij MPI, maar geweigerd wegens het niet passen in de leefgroep.

Bij een jongen waar ook diefstal aan te pas kwam, staat vermeld dat dit dossier is erkend als 'knelpunt dossier' in de Bijzondere Jeugdzorg.

Een meisje **ontvluchtte** een OOC op 16-jarige leeftijd waardoor begeleiding werd stopgezet.

Een meisje heeft een **MOF-statuu**t omwille van bezit van verdovende middelen.

Knelpunten verbonden aan persoon samengevat

- Sommige jongeren raken gedemotiveerd. Zij breken daardoor de hulpverlening af. Dit is vooral het geval voor meisjes in de sector GGZ en Psychiatrie.
- Bij jongeren met knelpunten geraken op jongere leeftijd (12-14 jaar) gedemotiveerd dan in de algemene dossiers (15-18 jaar).
- Ouders spelen soms mee een rol in het weigeren of afbreken van hulpverlening.
- Gedragsproblemen/agressiedelicten op school vinden we vooral terug bij knelpunt dossiers en minder in de algemene dossiers.
- Nagenoeg alle knelpunt dossiers betreffen jongeren die problematisch afwezig zijn van school.

Knelpunten binnen het aanbod

Algemene dossiers

Wachtlijsten vormen een obstakel in negen dossiers van de 41 (De exacte wachttijd is meestal niet terug te vinden):

- begeleidingstehuis van BJB (3-6 maanden): N=5,
- KJP voorziening/ziekenhuis (wachttijd 4 maanden): N=2
- CGG: N=1
- meerdere MPI's: N=2
- thuisbegeleidingsdienst voor autisme (wachttijd van 3 jaar): N=1
- meerdere OBC's: N=1

Omwille van wachtlijsten verblijven jongeren op een **ongepaste plaats**, vooral in de sector Psychiatrie.

- Een jongen verblijft op 10-jarige leeftijd (NBBM) in een psychiatrische volwassenen afdeling van een ziekenhuis (niet duidelijk in afwachting van plaats in welke voorziening).
- Een 17-jarig meisje verblijft na een zelfmoordpoging in een psychiatrische voorziening voor volwassenen in afwachting van plaats in een KJP afdeling van een ziekenhuis.
- Twee jongens gaan op 14-jarige leeftijd naar huis in afwachting van plaats in een KJP voorziening/ziekenhuis.
- Een 12-jarig meisje enkel een begeleiding bij CGG en thuisbegeleidingsdienst bestaan, ook al zou een grote behoefte zijn aan opname in een begeleidingstehuis bij BJB.

In 2 dossiers gebeuren **gelijktijdige aanmeldingen** in verschillende MPI's en OBC's.

In 1 dossier is een ouder op zoek naar een MPI (buiten de stad waar ze gedomicilieerd zijn), waar ze ook in het weekend naartoe kunnen. Het gaat hier om een toen 10-jarige jongen gediagnosticeerd met ADHD, ODD en zwakbegaafdheid, die in MPI Levenslust verblijft.

Personeelsverloop (i.c. kinderpsychiater en psycholoog in een CGG) zorgt ervoor dat een 16-jarige jongen met een onduidelijk psychologisch probleem niet meer terugkeert naar een ambulante begeleiding in een CGG en voor een 16-jarig meisje een van de redenen om de begeleiding te stoppen.

Voorzieningen kunnen een jongere **weigeren op te nemen**: Een jongen wordt zowel bij een CGG (omwille van een gebrek aan motivatie) en een MPI (omwille van het niet passen in leefgroep) geweigerd. Deze toen 15-jarige jongere was gediagnosticeerd met ADHD en pervasieve ontwikkelingsstoornis en gebruikte drugs.

In een dossier kon geen diagnose gesteld worden omdat de **diagnostiek te duur** was voor de ouders. Deze 16-jarige jongen is door de ouders uit het MPI gehaald.

Er wordt ook gewezen op gebrekkige informatiedoorstroom. Bij de meeste opnames in een psychiatrische voorziening/ziekenhuis worden **geen verslagen** overgemaakt aan de voorziening waarnaar de jongere terugkeert (een overleg wordt wel georganiseerd).

Knelpuntdossiers

Wachttijden (waarvan de duur niet altijd te reconstrueren is) treden op in 4 voorzieningen:

- KJP ziekenhuisafdeling (3 maanden)
- MPI (in Limburg)
- OBC
- begeleidingstehuis (BJB)

(De laatste 2 voorzieningen kwamen voor in 1 dossiers. In het OBC is het meisje niet geraakt in haar traject. Ze verbleef in een begeleidingstehuis van BJB en werd hier 2 keer tijdelijk doorverwezen naar een KJP ziekenhuis.)

Om onduidelijke reden werd een toen 16-jarig meisje op **meerdere wachtlijsten** in verschillende sectoren geplaatst bij verlaten van een pediatrie afdeling uit een ziekenhuis. Dit meisje had reeds in een OOC gezeten, vervolgens 2 maal in een KJP ziekenhuis met een tussenperiode thuis (zelfmoordpoging thuis) en tenslotte in een pediatrie afdeling van het ziekenhuis.

In 3 dossiers worden jongeren (een jongen en twee meisjes) **geweigerd** door een voorziening:

- Bij een toen 16-jarige jongen werd een begeleiding geweigerd in een MPI, omdat de jongen niet zou beschikken over de nodige zelfstandige capaciteiten. De begeleiding van deze jongen in een OBC was toen net stopgezet omwille van te agressief gedrag.
- Een toen 16-jarig meisje werd geweigerd in een OOC, omdat ze niet in de leefgroep zou passen. Het meisje verbleef reeds in crisisopname in een OOC, had een collocatie in KJP ziekenhuis waar geen diagnose werd gesteld en verbleef nadien thuis. Na een onbeschreven periode onderging ze een zelfmoordpoging om terecht te komen in een ander KJP ziekenhuis, waar tevens geen psychische stoornis werd vastgesteld. Daarna kwam zij terecht op een pediatrie afdeling van het ziekenhuis waar wel vermoedens waren van een (niet omschreven) stoornis. Vervolgens werd zij aangemeld in verschillende voorzieningen waarbij letterlijk in dossier staat *“Er werden verschillende pistes van hulpverlening bewandeld, waardoor zeer moeilijk om gepaste hulpverlening te vinden (psychiatrie, BJZ, therapie, OBC, ambulante begeleiding, OOC)”*. Het meisje verbleef vervolgens thuis voor een maand, waarna thuisbegeleiding werd opgestart en zij terecht kon in een begeleidingstehuis van BJB.

Zij ging dan op eigen vraag naar een KJP voorziening (3^e andere KJP voorziening/ziekenhuis), kwam dan terug in het begeleidingstehuis en werd ondersteund door CGG. Nadien ging zij in crisis terug naar deze KJP voorziening om vervolgens terug ambulant begeleid te worden door CGG.

- Een 18-jarig meisje mag niet terug naar een KJP ziekenhuis omdat ze slechte invloed heeft op de jongeren (ze is voordien op eigen initiatief vertrokken). Het meisje kampt met een eetproblematiek, suïcidale gedragingen en vermoedens paranoïde gedachten. Het meisje heeft twee fasen in psychiatrie doorlopen, waarvan een fase met vijf ambulante begeleidingen waarna zij begeleid is geweest in een CGG. Vervolgens is zij in crisis opgenomen in een KJP ziekenhuis en daarna hier in observatie en behandeling opgenomen. Momenteel loopt een procedure voor Begeleid Zelfstandig Wonen.

Verschillende knelpunten illustreren het **niet kunnen aanbieden van gepaste hulpverlening**:

- In 1 dossier voelde een CGG zich niet in staat om een toen 15-jarig meisje te begeleiden (i.c. eetprobleem en paranoïde gedachten), maar deed dit toch. Nadien ging zij naar een KJP ziekenhuis in crisisopname en behandeling.
- In nagenoeg alle knelpunt dossiers stellen de huidige hulpverleners dat men de jongere niet meer de baas kan en niet meer weet waar naar toe met de jongere in de jeugdhulpverlening. Dit was dan ook het geval bij twee van de 4 niet-actuele dossiers van MPI Levenslust
 - Bij een toen 16-jarige jongen wordt de begeleiding in samenspraak gestopt in een MPI, omdat ze naast de jongere die hiervoor zelf de beslissing nam, geen gepaste hulpverlening meer kunnen bieden aan deze jongen met een redelijke begaafdheid volgens hulpverlener en met psychotische kenmerken.
 - Bij een 15-jarige jongen die recent nog in MPI Levenslust zat, wordt bij een recente aanmelding bij VDIP becommentarieerd dat dit eigenlijk meer gebeurt om een spoor in de hulpverlening staande te houden.

In de meeste dossiers is **geen verslaggeving** terug te vinden van een verblijf in (forensische) psychiatrische voorziening/ziekenhuis. Dit wordt bij de mondelinge toelichting bij de dossiers extra aangehaald voor twee dossiers. Wel is er steeds een overleg geweest na ontslag in de psychiatrie.

Niet-weerhouden dossiers bij aanmelding

Een meisje moet een (niet omschreven) **wachttijd** doorlopen vooraleer in een thuisbegeleidingsdienst te kunnen instromen.

Een jongen (van niet-Belgische origine eerste generatie) die 1 jaar eerder was aangemeld bij MPI Levenslust, werd geweigerd, omdat hij over **geen VAPH-ticket** beschikte.

Bij een jongen wordt een advies vanuit KJP niet uitgevoerd. Een jongen zou na een crisisopname op 12 jarige leeftijd in een KJP, opgenomen dienen te worden in een forensische psychiatrische voorziening om een anti-sociale ontwikkeling tegen te gaan. Echter, uit het dossier *blijkt* dat deze jongere terugkeert naar het MPC waar hij vandaan kwam. Nadien komt hij in een OOC en dan een GI die doorverwijzen naar een psychiatrische voorziening, maar waar hij nooit is toegekomen. Het is niet duidelijk sinds wanneer en voor hoe lang deze jongen in For-k heeft gezeten.

Knelpunten binnen het aanbod in algemene dossiers samengevat

- **Wachlijsten vormen een probleem in alle sectoren van de jeugdhulpverlening.**
- **Omwille van wachlijsten worden jongeren gelijktijdig aangemeld in verschillende voorzieningen, soms over sectoren heen.**
- **Sommige jongeren belanden op een onterechte plaats (volwassenvoorziening van psychiatrie of thuis) in afwachting van plaats in KJP.**
- **In de knelpunt dossiers worden meer jongeren geweigerd, omdat die niet zouden passen in de geboden hulpverlening.**
- **Personeelsverloop bij CGG maakt dat jongeren de hulpverlening stoppen.**
- **De kostprijs van een diagnostisch onderzoek kan voor ouders een barrière vormen.**
- **Het ontbreekt aan informatieoverdracht van (forensische) psychiatrische ziekenhuizen/voorzieningen.**

3.2.3 De samenhang van verschillende problemen: enkele voorbeelden

Voorgaande paragrafen beschreven oorzaken van knelpunten in een traject op basis van aparte variabelen. Er blijkt echter een duidelijke samenhang te bestaan tussen verschillende factoren (wat bij sommige beschrijvingen reeds werd aangehaald omwille van de relevantie.) Aan de hand van een aantal casussen illustreren we in dit deel hoe verschillende elementen onderling samenhangen.

Algemene dossiers

- **CGG Brussel**

Een meisje van 18 jaar (niet-Belgische origine, 2^e generatie Marokko-Albanië) uit Brussel was op 17-jarige leeftijd via CLB aangemeld in CGG Brussel omwille van “ander realiteitscontroleverlies en tics, depressieve stemming, suicidepoging/gedachten, angsten/fobie, verwardheid, ander realiteitscontroleverlies, relatiemoeilijkheden in nieuw samengesteld gezin”. In het CGG kreeg ze de diagnose ‘dissociatieve stoornis NAO’ en ‘de stoornis van Gilles de la Tourette’. Zij werd een half jaar later voor korte (niet omschreven) duur opgenomen in een KJP ziekenhuis in Kortenberg in een residentiële begeleiding. Vervolgens kwam zij naar huis, waarbij ze ook terug werd opgevangen door het CGG. Enige tijd nadien keerde zij terug naar het KJP; eerst voor een korte opname gevolgd door een langere opname, waarbij ze door een andere psychiater werd begeleid. Daarna kwam zij terug thuis terecht, met begeleiding van het CGG. CBJ werd ondertussen tevens ingeschakeld. Momenteel loopt een procedure voor Begeleid Zelfstandig Wonen.

- **Tonuso**

Een 14-jarige jongen (Belgische origine) uit West-Vlaams-Brabant was sinds zijn kleutertijd aangemeld bij JRB: het VK werd destijds ingeschakeld omwille van agressie van de vader, de moeder werd opgenomen in Psychiatrie en thuisbegeleiding liep. De jongen is in verschillende pleeggezinnen terecht gekomen. In afwachting van plaats in een OBC verbleef hij in een begeleidingstehuis (BJB) te Brussel. Hij ging hier ook naar een revalidatiecentrum waar hij logopedie, ergotherapie en psychotherapie kreeg. Op zijn 8 jaar belandde hij in een OBC in regio Mechelen. Na 2 jaar diende het verblijf hier te eindigen. Hij komt op 10-jarige leeftijd terug terecht in een ander begeleidingstehuis (BJB) te Brussel na een wachttijd van 6 maanden (die hij nog kan overbruggen in het OBC). Rond zijn 12 jaar vertoonde hij onhandelbaar en agressief gedrag, waardoor hij werd doorgestuurd naar een KJP ziekenhuis

in Brussel, na het doorlopen van een wachttijd van 4 maanden. Van hieruit wordt het advies gegeven terug te keren naar het begeleidingstehuis, wat ook gebeurde.

- **MPI Levenslust**

Een 17-jarig meisje (Belgische origine) uit provincie Antwerpen heeft een voorgeschiedenis die startte op 5-jarige leeftijd. Ze was toen onder begeleiding van een psycholoog omwille van KOPP en seksueel misbruik. Op haar 14 jaar ging zij naar een CGG in Geel. Daar stopte de begeleiding, omdat ze praten moeilijk vond. Moeder zou hierbij verteld hebben dat er een andere psycholoog tijdens de begeleiding kwam waarmee het niet zo goed klikte en daardoor de hulpverlening is beëindigd. Omwille van gedragsescalaties naar moeder en zus en visuele hallucinaties die al twee jaar aanwezig zouden zijn, werd zij aangemeld (niet duidelijk door wie) in een KJP ziekenhuis in crisis. Vanaf dan zijn er in een tijdsperiode van 2 jaar (van 15 tot 17jaar) negen fasen doorlopen in de sector Psychiatrie in Leuven. Het gaat hier om 1 crisisopname, 2 langere observatieopnames van 3 weken en 1 maand, 2 gesprekken op een spoedgevallendienst psychiatrie met daartussen ook een gesprek met een kinderpsychiater. Exacte redenen van doorverwijzing staan niet duidelijk in dossier en bij bespreking werd vermeld dat ook de moeder hier geen goed zicht meer op had. Zij kwam allicht telkens terug thuis te zitten tussen deze fasen. Het meisje heeft de diagnose 'PTSS' en 'licht verstandelijke beperking' twee maal gekregen. Op 16-jarige leeftijd weigerde zij nog school te volgen. Ze had toen terug een gedragsescalatie thuis met agressief gedrag en uitte suïcidale gedrag, waarbij politie ook werd ingeschakeld. Hieropvolgend is een crisisbed gegeven in een OOC in Beerse (provincie Antwerpen). Vervolgens wordt crisishulp aan huis van een CAW uit Turnhout ingeschakeld en advies gegeven om thuis begeleid te worden en op therapie te gaan bij een psychiater. Vervolgens is er een duidelijk hiaat in het dossier van enkele maanden. Op 16,5 jaar werd ze omwille van een suïcidepoging in een spoedgevallendienst van een ziekenhuis opgenomen, waarna ze wordt doorverwezen naar een KJP ziekenhuis in Leuven. Hier krijgt ze na een verblijf van twee maanden het advies dat ze nood heeft aan duidelijkheid, structuur en voorspelbaarheid, dit in een MPI. Ze komt terecht in een MPI in West-Vlaams-Brabant. Het meisje zou reeds 1,5 jaar niet naar school zijn geweest. Ze loopt nu wel school (BuSo type 1 OV3), maar neemt niet actief deel. Het MPI is op zoek naar een alternatieve dagbesteding.

Knelpuntdossiers

- **CGG Brussel**

Een 21-jarige jongen (Belgische origine) uit Brussel werd op 6-jarige leeftijd getest in een revalidatiecentrum waar ze hem als normaal begaafd achtten met lichte aandachts- en gedragsproblemen. Op basis van de gedragsproblemen stuurde het CLB samen met moeder hem naar een CGG te Brussel. Op 8-jarige leeftijd ging hij omwille van gedragsproblemen op school, een POS en gewelddadig gedrag, naar een internaat (VAPH) waar hij BuSo type 3 OV3 volgde. Op 16-jarige leeftijd keerde hij naar huis, maar moeder kon het niet aan waardoor het CBJ werd ingeschakeld en de jongen op 17-jarige leeftijd naar een dienst BZW te Brussel gaat. Naar aanleiding van suïcidaal gedrag werd hij opgenomen in crisis in een KJP ziekenhuis te Kortenberg voor twee weken. Nadien kwam de jongen terug in begeleiding bij CGG Brussel. Binnenkort zal zijn traject bij CGG (kinderen & jongeren) stoppen. De hulpverleners menen dat hij allicht geen hulpvraag meer gaat stellen, hoewel zij vinden dat hij nog begeleiding nodig heeft. Ook BZW zal stoppen.

- **Tonuso**

Een 15-jarig meisje (niet-Belgische origine) uit West-Vlaams-Brabant heeft een voorgeschiedenis waarbij vermeld staat: POS (incl. KOPP) en dagcentrum (BJB). Reeds voor haar 12 jaar was CBJ ingeschakeld. Op haar 10 jaar ging zij naar een OBC in Opwijk (Oost-Vlaanderen). Hier stopte de verblijfstermijn na 2 jaar. Aangezien de moeder het niet zag zitten om haar dochter terug naar huis te laten komen (ze wou rust en duidelijkheid voor zichzelf en haar kinderen) werd het meisje op 12-jarige leeftijd doorgestuurd naar een begeleidingstehuis (BJB) in Brussel. Hier wou ze geen psychotherapie volgen. Ze had zelfmoordgedachten. Het meisje werd op 14-jarige leeftijd in spoed opgenomen in een KJP ziekenhuis in Leuven, waar ze 20 uur werd gehouden: haar weerstand was zo groot dat de psychiater besloot haar te laten terug keren. Dit was tegen de zin van het begeleidingstehuis, omdat ze geen weg meer kunnen met het meisje. In het begeleidingstehuis werd opnieuw psychotherapie aangeboden; na enkele keren haakt het meisje af. In de nabije toekomst zal zij op intake gaan in een ander KJP ziekenhuis, na een wachttijd van 3 maanden. Het meisje haakte ook af op een alternatieve dagbesteding.

- **MPI Levenslust**

Een 18-jarige jongen (Belgische origine) uit provincie Limburg heeft een voorgeschiedenis in een pleeggezin en werd op 6-jarige leeftijd gediagnosticeerd in een KJP voorziening te Limburg met ADHD. Op 13-jarige leeftijd kwam hij terecht in een MPI in Leuven. Op 15-jarige leeftijd ging hij omwille van de aangereikte categorieën (11, licht verstandelijke beperking & 14, GES) naar een MPI in Lennik (MPI's in Limburg hadden een te lange wachtlijst). In het MPI stelden ze dat een schizofrene persoonlijkheidsstoornis met paranoïde wanen in ontwikkeling is. Op zijn 18 jaar was er een agressieconflict in het MPI, waardoor hij op staande voet wordt ontslaan door directeur. Vanaf hier is geen officieel dossier bestaande, maar is wel geweten door een hulpverlener dat hij eerst thuis verbleef, waarna hij door de huisarts in crisis is opgenomen in KJP voorziening in Limburg. Vervolgens zou hij in de GI te Mol zijn terecht gekomen waar hij ondertussen minstens een jaar zou zitten.

4. Discussie

Dit verkennende onderzoek gaat in op de vraag of er nood is aan een centrum voor therapeutische dagbesteding voor jongeren met een complexe gedragsproblematiek in regio Brussel en West-Vlaams-Brabant. In dit hoofdstuk reflecteren we op basis van de resultaten over de implicaties van het onderzoek.

4.1 Methodologische aspecten

In dit onderzoek is binnen een korte tijdsperiode (zes maanden, één VTE onderzoeker) gebruik gemaakt van vier databronnen: twee databanken over het aanbod in de jeugdhulpverlening, 28 beleids(ondersteunende)documenten, 20 diepte-interviews met hulpverleners uit alle sectoren van de jeugdhulpverlening en onderwijs en 59 cliëntdossiers inclusief gesprekken met de hoofdbehandelaars. Deze bronnen geven belangrijke indicaties over de context van hulpverlening en de aard van de problemen voor jongeren met complexe gedragsproblemen. Uit de beperkte interviews blijkt duidelijk dat er in de sector heel wat “ervaringskennis” is die zeker helpt de problemen van zowel de jongeren, de hulpverlening als de lokale context te duiden. Het viel op dat het zeer werd gewaardeerd dat de stem van hulpverleners rechtstreeks werd gehoord en dat niet alleen “over hun hoofd heen” werd gepraat.

Er spelen een aantal beperkingen die eigen zijn aan het verkennend karakter van dit onderzoek.

- Het onderzoek is in se een samenvatting en ordening van kennis die al aan bod is gekomen in verschillende bestaande documenten. Dit onderzoek heeft getracht de koppeling te maken met de situatie in Brussel en West-Vlaams Brabant. Het is echter een analyse op hoofdlijnen. Er is meer onderzoek nodig dat gebruik maakt van primaire data om de gelaagdheid en complexiteit van de problemen in Brussel en West-Vlaams-Brabant beter te begrijpen.
- De selectie van beleids(ondersteunende) documenten is gebaseerd op een sneeuwbalmethode en op basis van bijdragen van informanten uit de sector. Mogelijk bestaan er buiten deze selectie nog andere onderzoeksrapporten die helpen een meer gedetailleerd licht te werpen op de problematiek. Toch verwachten we niet dat cruciale informatie wordt gemist: de globale inzichten lijken bevestigd te worden door andere informatiebronnen.
- De mapping van de voorzieningen aan de hand van de databanken was een moeilijke taak, omdat informatie tussen de databanken soms niet overeenstemt. Een systematisch overzicht afgestemd op de vooropgestelde doelgroep ontbreekt. Het gevolg is dat het overzicht van het aanbod in dit rapport eerder rudimentair is en voorgesteld wordt onder voorbehoud van mogelijke hiaten of onduidelijkheden.
- Het aantal geïnterviewden (N=20) voor het beschrijven van de probleemgroep en de Brusselse situatie is beperkt. De informanten voor dit onderzoek zijn geselecteerd via een gemakkelijkssteekproef (“*convenience sample*”): respondenten zijn voornamelijk leden van de inhoudelijke stuurgroep van het project en hulpverleners die aangeraden zijn door hen. Mogelijk leidt dit tot vertekening in de situatieschets. Wij willen evenmin de indruk wekken dat we op basis van de interviews inhoudelijke saturatie hebben bereikt: er zijn tal van subthema’s die verder verdiept kunnen worden. Een belangrijk thema is niet behandeld,

namelijk in welke mate bepaalde groepen jongeren geen toegang vinden tot het hulpverleningsaanbod (“de niet-instroom”) met alle mogelijke gevolgen voor het school- en tewerkstellingscarrières en eventueel zelfs doorstroom naar kleine criminaliteit.

- De analyse van het aantal cliëntdossiers (N=59) laat om methodologische redenen enkel toe om te praten over *indicaties* van de problemen in Brussel en de Brusselse Westrand. Het plaatje is zeker niet volledig ingekleurd. Dat heeft onder andere te maken met de selectie van dossiers; ondanks het feit dat we heldere selectiecriteria hebben meegegeven voor inclusie van dossiers, is de finale selectie van jongeren gebeurd binnen de instellingen: wij weten niet in welke mate de instellingen zelf selectief zijn geweest om een bepaald type dossiers naar voor te schuiven. Bovendien vertonen sommige jongeren uit algemene dossiers kenmerken die overeenstemmen met knelpuntdossiers. Het onderscheid tussen beide verdient dus meer methodologische aandacht.
- Voor vier dossiers hebben we geen gesprek kunnen inlassen met de hoofdbehandelaar, waardoor hier verdiepende informatie ontbreekt.
- In verschillende dossiers ontbreekt soms informatie of blijkt dat niet alle verslagen uit verschillende voorzieningen dezelfde informatie bevatten, waardoor het zorgtraject van jongeren niet feilloos kon geschetst worden. Voor een grondige analyse van zorgtrajecten, die bovendien een differentiatie maakt naar subgroepen (leeftijd, gender, afkomst, combinatie van problemen, etc.) moet met andere woorden nog veel aanvullend werk verricht worden.

Ondanks de methodologische beperkingen zijn er belangrijke krijtlijnen uit het rapport te halen, die zowel onderzoekmatig verder dienen uitgediept te worden als waar beleidsreflecties kunnen worden aan gekoppeld.

4.2 Inhoudelijke beschouwing

Dit onderzoek geeft voldoende indicaties dat zich een opvang- en zorgverleningsprobleem stelt voor Nederlandstalige jongeren met complexe gedragsproblemen in Brussel en de Brusselse Westrand. Met het oog op de toekomst, en rekening houdend met de veranderingen die zich doorzetten in Brussel Hoofdstad en de rand is het tijd om een strategie te ontwikkelen die anticipeert op de (nabije) toekomst. Daarbij kan met onderstaande elementen rekening gehouden worden.

Kenmerken van het aanbod

Zorgregio's?

Een eerste bevinding is dat het gebruik van het hulpverleningsaanbod uit verschillende sectoren niet loco-regionaal gebonden is: een deel van de jongeren in de hulpverlening in Brussel en West-Vlaams-Brabant is niet gedomicilieerd in deze regio. Dit geldt in het bijzonder voor MPI, voor wie de opdracht omschreven is voor heel Vlaanderen. Op zich is het een belangrijk beleidsvraagstuk te onderzoeken in welke mate men het aanbod loco-regionaal inricht dan wel openstelt voor zorgvragen buiten afgebakende zorgregio's. In die discussies moet zeker rekening gehouden worden met (fysieke, financiële en culturele) toegankelijkheid en beschikbaarheid van capaciteit. Rekening houdend met het feit dat er vandaag in Brussel en West-Vlaams-Brabant sprake is van flessenhalzen, wachtlijsten en ondercapaciteit in het aanbod, moet de vraag gesteld worden op welke manier de huidige tekorten in opvangcapaciteit in Brussel en de Brusselse Westrand kan worden opgevangen. De kwestie in welke mate beleidsmakers opteren voor een “lokale” of “subregionale” benadering van de

programmatie van het (Nederlandstalige) aanbod is in dat verhaal essentieel. Mogelijk kan een conceptuele en functionele reflectie over de organisatie van het loco-regionale aanbod die rekening houdt met de behoeften van de verschillende doelgroepen, en een plaatje over het bestaande aanbod, bijdragen tot een meer aangepaste loco-regionale planning van voorzieningen.

Dergelijke denkoefening moet expliciet zijn over de rollen die verschillende instellingen en sectoren in netwerkbenaderingen vervullen en op welke wijze meer samenhang kan worden gecreëerd in het aanbod. De specificiteit van de Brusselse en West-Vlaams-Brabantse context biedt, op basis van meer kennis over de sociaal-economische en epidemiologische kenmerken, kansen om de regio uit te bouwen tot een innovatieve zorgregio voor jongeren en adolescenten. Innovatieve modellen kunnen rekening houden met aspecten van stigmatisering die hulpverlening mogelijk met zich meebrengt en met het motivatieprobleem dat opduikt bij de jongeren, ouders en ook de hulpverleners. Dagtherapeutische centra die ingebed worden in een intersectoraal netwerkmodel kunnen potentieel bijdragen tot meer effectieve en efficiënte zorg in deze regio. Opvallend is dat partners uit verschillende sectoren, op basis van het besef dat de problemen in deze regio zeker niet zullen afnemen bij ongewijzigde aanpak, een intentie tonen om te willen samenwerken.

Oneigenlijke zorg

Omdat de behoeften van de jongeren vandaag niet gedekt kunnen worden door het bestaande aanbod, komen jongeren vaak op oneigenlijke plaatsen terecht. Die niet gepaste toewijzing van jongeren aan instellingen dreigt de reguliere werking van een aantal voorzieningen te verstoren: dit geeft aanleiding tot heel veel vermijdbare frustratie en werkt mogelijk een niet-effectief en/of niet-efficiënt hulpaanbod in de hand. Dit onderzoek geeft voldoende indicaties dat op dit vlak een grondige denkoefening moet gevoerd worden over de organisatie van zorg in Brussel en de Brusselse Westrand om jongeren te begeleiden op aangepaste plaatsen die de capaciteit en middelen hebben om in te spelen op specifieke behoeften.

Een van de problemen lijkt vandaag het oneigenlijke gebruik van een MPI te zijn voor jongeren met een complexe gedragsproblematiek waarvan er vermoedens zijn dat die samenhangen met een geestelijk gezondheidsprobleem of die een psychiatrisch label hebben. Er ontstaat voor een bepaalde groep een “heen-en-weer-schuif-effect”. Een MPI is niet altijd gewapend is om met deze jongeren om te gaan. Het vicieuze proces dat dan ontstaat, is dat het MPI doorverwijst of tijdelijke opvangplaatsen zoekt, wanneer de samenwerking met de jongere spaak loopt. De dossieranalyse leert dat deze jongeren sowieso vroeg of laat in contact met psychiatrie, For-k of een gemeenschapsinstelling, maar niet langdurig in deze zorgvoorzieningen blijven. Bij veel van deze jongeren is volgens de hulpverleners een verstandelijke beperking overigens niet duidelijk aanwezig, waardoor men zich zelfs de meer fundamentele vraag kan stellen of deze groep op haar plaats zit in een MPI. Deze kwestie kan echter hoegenaamd niet losgekoppeld worden van de discussie wat dan wel “geëigende” plaatsen kunnen zijn.

Geen organisatorische integratie

Er is vandaag in Brussel en West-Vlaams-Brabant geen sprake van organisatorische “integratie” van het jeugdhulpverleningsaanbod dat inspeelt op de mix van behoeften van jongeren. Dit fenomeen is overigens niet uniek voor Brussel en de Brusselse Westrand. In de Bijzondere Jeugdbijstand wordt een aantal proefprojecten van samenwerking en coördinatie uitgetest (e.g. multi-functionele centra), maar deze kunnen niet gecatalogeerd worden als sector-overstijgend.

Er wordt tussen sectoren en instellingen veeleer doorverwezen en terugverwezen dan dat er sprake is van een geïntegreerde aanpak. Jongeren worden van het ene eiland (sector) naar een ander eiland

gestuurd. Jongeren worden tijdelijk doorverwezen naar acute psychiatrie (vaak als soort time-out voor de voorziening en niet noodzakelijk als een therapie voor het probleem van de jongere). Enkel met een CGG wordt af en toe een gelijktijdige (synchrone) behandeling opgenomen in 2 instellingen uit verschillende sectoren, maar het blijft de vraag of hier sprake is van een gemeenschappelijke aanpak. Sommige jongeren vallen in dat verwijzingsproces in bepaalde fasen 'uit de boot'. Veel uitval lijkt te ontstaan na een psychiatrische opname: de stap van kortdurende intensieve behandeling naar een ambulante hulpverlening is te groot; terugkeer naar het onderwijs loopt mis, sommige jongeren belandden terug thuis terwijl andere ondersteuning nodig is. Daarenboven verhinderen wachtlijsten (waarvan oorzaken niet ten gronde zijn gekend) een vlotte overgang tussen voorzieningen. Wachtlijsten kunnen ook een verdringing in de hand werken van andere doelgroepen: sommige voorzieningen leggen prioriteiten bij instroom op ernstige problematieken waardoor jongeren met een lichte problematiek initieel geen hulp krijgen, maar daardoor misschien net ernstiger kunnen worden na verloop van (wacht)tijd. Het ongewilde en ongewenste effect van het doorverwijzen lijkt te zijn dat niemand het als kerntaak beschouwt een bepaalde groep "probleem" jongeren te omkaderen en te begeleiden, laat staan om er eindverantwoordelijkheid voor op te nemen. Overigens zijn er ook indicaties dat instellingen bepaalde jongeren weigeren of doorverwijzen omwille van soms begrijpbare redenen vanuit het perspectief van het aanbod, maar die motivatie heeft weinig te maken met de behoeften van de jongeren zelf. Hulpverleners zien en erkennen de problemen van bepaalde groepen jongeren, maar door gebrek aan integratie, capaciteit en het delen van expertise creëert men de facto maatschappelijke uitval. Dit heeft zeer nefaste gevolgen voor schoolcarrières en later arbeidsmarktparticipatie: dit probleem valt niet echt binnen de scope van dit onderzoek, maar staat er niet onafhankelijk van.

Een verwant onderwerp dat bij het denken over integratie moet worden opgenomen is dat sectoren en instellingen handelen vanuit verschillende hulpverleningsritmes en –benaderingen: Geestelijke gezondheidszorg werkt ambulant en meestal kortdurend; Ziekenhuispsychiatrie is intensief en residentieel, maar ook kortdurend; Gehandicaptenzorg en Bijzondere Jeugdzorg is langdurig en (semi-)residentieel. De inhoud van hulpverlening en omkadering van de jongeren is tussen instellingen overigens niet altijd coherent of consistent. Organisatiewetenschappers weten al langer dat het omkeren van organisatorische gewoonten en regimes, of het ontwikkelen van samenwerkingslogica's moeilijk is en dat het afstemmen van werkpraktijken en zelfs hulpverleningsvisies in geïntegreerde benaderingen een cruciaal vraagstuk is. Met ander woorden, er zal binnen de hulpverlening voor jongeren ook verder onderzoek moeten gebeuren naar hulpverleningsmodellen die echt werken en efficiënt zijn, om de huidige spanningen in de organisatie van zorg op te vangen.

Iedereen is het er over eens dat het maatschappelijk onaanvaardbaar is dat een groep jongeren met specifieke ondersteuningsbehoeften aan haar lot wordt overgelaten, omdat ze niet "fit" in het bestaande aanbod. In het bijzonder voor die doelgroepen met problemen die gelijktijdig en gecumuleerd opduiken in verschillende levensdomeinen zullen innovatieve, geïntegreerde netwerkmodellen meer gefundeerd moeten worden in inzichten rond behoeften (*pull* modellen) in plaats van de aanbodsgestuurde sectorgebonden aanpak (*push* modellen). Dit onderzoek leert dat het huidige net van Nederlandstalige voorzieningen en hulpverleners in Brussel en Vlaams-Brabant te weinig gewapend is om deze groep jongeren adequaat op te vangen.

Personeel ook in nood

Er spelen in Brussel en West-Vlaams-Brabant bijzondere knelpunten met betrekking tot het personeel (de hulpverleners) die doorwegen op de trajecten van de jongeren. De hulpverleningsrelatie draait op het opbouwen van vertrouwen (wegwerken van wantrouwen) in een zorgrelatie. Personeelsverloop heeft een belangrijke negatieve impact op het opbouwen van wederzijds vertrouwen. Het geeft aanleiding tot demotivatie -voornamelijk bij de jongeren die in contact komen met Geestelijke Gezondheidszorg en Psychiatrie- daar vertrouwen bij elke personeelsswissel opnieuw dient opgebouwd te worden. Hulpverleners uit de verschillende sectoren hebben bovendien onvoldoende expertise of middelen om met agressieve jongeren om te gaan; agressief gedrag dat mogelijk een antwoord kan zijn op de onaangepaste zorg. Er blijkt ook een gebrek aan expertise in de verschillende sectoren om geestelijke gezondheidsproblemen te detecteren en er mee om te gaan.

Het feit dat bepaalde groepen jongeren op oneigenlijke plaatsen terecht komen en het gebrek aan expertise in de voorzieningen om met jongeren met een meervoudige problematiek om te gaan, dreigt een negatieve impact te hebben op de hulpverleners in de bestaande voorzieningen zelf, die niet meer tot hun kernopdrachten komen, en daardoor mogelijks gedemotiveerd raken. Er blijkt vandaag al sprake te zijn van een groot personeelsverloop onder de hulpverleners, waarbij soms allusie wordt gemaakt op de specificiteit van de Brusselse context.

Kenmerken van de jongeren

Complexe problematiek

Dit onderzoek is vertrokken van de vraag of er alternatieve hulpverlening moet aangeboden worden onder de vorm een dag-therapeutisch centrum voor jongeren met een complexe problematiek.

Het valt op dat binnen de jeugdhulpverlening het begrip “complex” vaak in de mond wordt genomen, zelden concreet wordt geoperationaliseerd, en dat impliciet verwezen wordt naar een uiteenlopend mix van problemen bij de jongeren. Het is op die basis zeer moeilijk om te identificeren over welke groep het nu precies gaat. Hoewel we geen geïntegreerde analyse hebben gemaakt van de componenten van een complexe problematiek, lijkt het om een combinatie te gaan van een gedragsproblematiek (verwant met een geestelijke gezondheidsproblematiek die niet noodzakelijk medisch gediagnosticeerd hoeft te zijn) met spanningen in de context van de jongere (problematische opvoedingssituatie en schooluitval of geen dagbesteding vinden/aangaan). Omdat deze jongeren op meerdere levensdomeinen afhaken, dienen meerdere hulpbronnen uit meerdere sectoren tegelijkertijd aangewend te worden.

Het onderzoek leert dat de meeste knelpunten opduiken door het gedrag van jongeren. De oorzaken van dat gedrag worden gezocht in een mix van verklaringen. De complexiteit openbaart zich meestal door problemen die zich in verschillende levensdomeinen gelijktijdig uiten (en vaak niet onafhankelijk van elkaar staan). Op hoe meer levensdomeinen zich problemen manifesteren, hoe meer knelpunten naar voren treden. Dat blijkt heel in het bijzonder voor die groep met geestelijke gezondheidsproblemen (in ontwikkeling) en problemen van agressie. Komt daar nog criminaliteit aan te pas, dan worden de problemen om aangepast hulp te vinden zeer groot en botst men op weigeringen in voorzieningen.

Impact van labels en diagnoses

In de discussie over complexe problemen duikt onvermijdelijk het spanningsveld op over het gebruik van labels en de relevantie van diagnoses. Dit debat is internationaal en zeker niet specifiek voor Brussel of Brusselse rand. Zonder te willen ingaan op de wetenschappelijk discussie over de noodzaak en impact van diagnoses en labels op jongeren, lijkt een gefundeerd debat hierover noodzakelijk zeker als beleidsmakers en hulpverleners willen nadenken over een alternatief en innovatief zorgaanbod. Er wordt binnen de sector, op een in onze ogen nogal ongenueanceerde manier, gebruik gemaakt van termen en labels. Bovendien is het wetenschappelijk debat razend actueel in welke mate een persoonlijkheidsstoornis in ontwikkeling al kan toegekend worden aan jongeren, wiens persoonlijkheid nog in volle groei is. In dat verband willen we niet ontkennen dat er indicaties kunnen gevonden worden van persoonlijkheidsstoornissen die zich mogelijk aan het manifesteren zijn. Opvallend veel jongens worden bijvoorbeeld in een voorziening ge-etiketted als “psychotische stoornis in ontwikkeling”.

Enerzijds stelt zich de vraag in welk mate labels en diagnoses aanleiding geven tot het medicaliseren en stigmatiseren van gedragsproblemen van jongeren. Etiketten (labels) spelen een dominante rol in de jeugdhulpverlening en drukken een zware stempel op het identificeren van de problemen van de jongeren en het toewijzen aan bepaalde voorziening. Anderzijds is het benoemen van problemen van jongeren op basis van een heldere probleemidentificatie cruciaal om effectieve en efficiënte zorg en hulpverlening aan te bieden. “Stoornissen in ontwikkeling” zijn vandaag een onvoldoende categorie om toegang te krijgen tot een bepaalde type voorzieningen –als die er al zouden zijn. Labels en diagnoses zijn eigen aan de “kokers” of de sectoren waarin jongeren begeleid worden. Het gevolg is dat (terecht of onterecht) een aanbod-gestuurde zoektocht start naar labels en diagnoses om mensen te kunnen verwijzen naar bepaalde sectoren. Enige stroomlijning van het gebruik van begrippen dringt zich in dat verband op, zeker bij mentale problemen waar begrippen als ‘psychiatrisch’, ‘geestelijke gezondheidsproblemen’, ‘psychisch’ door elkaar gebuikt worden en waarin gegoocheld wordt met psychiatrische stoornissen of psychiatrische stoornissen in ontwikkeling.

Bij de jongeren die centraal staan in dit onderzoek verwijst een complexe problematiek vaak naar een combinatie van persoonsgebonden problemen of stoornissen, voornamelijk psychiatrische stoornissen: stemmingsstoornissen (meisjes), ontwikkelingsstoornissen (ADHD/autisme bij jongens; hechtingsstoornissen bij jongens en meisjes) en persoonlijkheidsstoornissen in ontwikkeling (meisjes en jongens). Bij sommigen gaan deze stoornissen gepaard met destructief (meisjes) of agressief gedrag (jongens). Deze jongeren zijn bovendien vaak verzeild in een problematische opvoedingssituatie (POS). Een POS zou aan de basis kunnen liggen van het ontstaan (e.g. hechtingsstoornis) of escaleren van individuele problemen, wat impliceert dat niet alleen met de jongere moet gewerkt worden, maar met de hele context van de jongere. Jongeren die kunnen terugvallen op een stabiele thuis(vervangende) omgeving, zullen allicht minder snel in de jeugdhulpverlening terechtkomen.

Motivatieverlies

Omdat geen (aan)gepaste hulpverlening ter beschikking is die jongeren niet het gevoel geeft van de kast naar de muur te worden verwezen, dreigen bepaalde jongeren in een vicieus proces van motivatieverlies terecht te komen. Jongeren die een of meerdere soorten problemen ervaren, verliezen in de hulpverlening nog meer het noorden en geraken gedemotiveerd. Hulpverleners wijzen erop dat jongeren het beu zouden zijn om overrompeld te worden met diverse vormen en

instellingen van hulpverlening. Ook de werkwijze van de hulpverlening strookt niet altijd met de leefwereld van de jongere en kan aanleiding geven tot afhaken. Dit motivatieverlies kwam doorheen de dossieranalyse voornamelijk aan bod voor jongeren die ook begeleid worden voor mentale gezondheidsproblemen.

Leeftijdsgroepen en genderverschillen

De jeugdhulpverlening wordt enerzijds geconfronteerd met een toenemende verjonging. Anderzijds duiken de meeste knelpunten in dit onderzoek op bij de oudere groep jongeren met een complexe problematiek. Jongens lijken iets ouder te zijn (17-21jaar) dan meisjes (15-18jaar). Met andere woorden vinden we indicaties dat de jeugdhulpverlening zich verder zal moeten verdiepen in het gedifferentieerde publiek waarmee het geconfronteerd (zal) wordt (worden). Vooral voor Brussel en de Brusselse Westrand is dit probleem bijzonder, rekening houdend met de demografische evoluties die zich daar voordoen.

De meerderheid van de jongeren die in de jeugdhulpverlening terecht komen blijken jongens te zijn. In het hulpverleningstraject duiken echter zowel bij meisjes als jongens specifieke knelpunten op: meisjes vertonen eerder internaliserend gedrag (depressief en suïcidaal gedrag) en worden vaker doorverwezen naar Psychiatrie; jongens uiten meer externaliserend gedrag (agressie) en belanden eerder in Gehandicaptenzorg.

Diversiteit in origine

In de Brusselse en West-Vlaams-Brabantse rand wordt het taalprobleem soms in één adem vernoemd met het land van origine van de ouders of de jongere. Het onderscheid tussen taal en land van oorsprong mag echter niet gebaseerd worden op vooringenomenheid, vooral omdat een toenemende groep van kinderen en jongeren van niet-Belgische afkomst in het Nederlands naar school gaat. Er voldoende aanduidingen dat hoger moet worden op ingezet in de Nederlandstalige voorzieningen in Brussel en West-Vlaams-Brabant gezien de toenemende diversiteit van de grootstad en de rand. Op basis van de globale beschrijvingen van de regio lijkt het verschil tussen jongeren van Belgische en niet-Belgische origine een belangrijk aandachtspunt te worden voor de toekomst in Brussel en Brusselse Westrand. Er dienen echter meer nuanceringsgelegd te worden in de analyse van de doelgroepen dan courant wordt gedaan. In de documenten en bij hulpverleners wordt gemakkelijk verwezen naar 'allochtonen' als een algemene categorie, terwijl deze typering veel te generalistisch is. Indicaties daarvan zijn te vinden in de gesprekken met hulpverleners dat de groep van jongeren van niet-Belgische oorsprong gedifferentieerd moet worden tussen de tweede of derde generatie allochtone van Maghrebijnse afkomst, jongeren van eerste generatie Oost-Europese landen (bijvoorbeeld de groep van Roma), of de niet-begeleide minderjarige vluchtelingen.

In de dossieranalyse vonden we geen patronen in zorggebruik of knelpunten naar origine. Toch halen hulpverleners aan dat jongeren met een niet-Westerse achtergrond (en hun ouders) een andere aanpak van hulpverlening nodig hebben, omdat hun behoeften of die van hun directe omgeving anders zijn. Wij willen daar onmiddellijk de reflectie aan toevoegen dat cultuursensitief werken geen aanleiding mag geven tot een selectief doelgroepenbeleid die jongeren "isoleert" in bepaalde kokers van zorgaanbod (ook om stigmatisering te vermijden). Er zal moeten gestreefd worden naar een aanbod waarin ruimte is voor hulpverlening die inspeelt op culturele diversiteit en waarin die expertise intrinsiek is verweven in de dagelijkse werking van het aanbod. Over de vraag hoe cultuursensitief werken in de dagelijkse zorgpraktijk kan geïntegreerd worden is nog veel (onderzoeks)werk te verzetten.

Taalbarrières?

Uit de dossieranalyse komt in dit onderzoek anderstaligheid (geen Nederlands beheersen) niet expliciet als een cruciale drempel naar voor, terwijl dit wel veelvuldig wordt gesteld in de documenten. Hulpverleners verwijzen vooral naar taalmoeilijkheden bij ouders wat betreft de Nederlandse taalbeheersing. Ze verwijzen minder naar de jongeren zelf. Er wordt in interviews ook aangekaart dat sommige jongeren (en hun ouders) van de rand worden doorverwezen naar Brussel centrum omwille van taalproblemen. Er wordt eveneens gewezen op Nederlandstalige jongeren die gedomicilieerd zijn over de taalgrens, in het Nederlands naar school gaan, maar niet terecht kunnen in de Nederlandstalige hulpverlening.

Hier is zeker verder onderzoek nodig naar de vraag of jongeren het Nederlandstalige aanbod niet bereiken omwille van taal, dan wel dat we met een generatie jongeren zitten die voldoende de Nederlandse taal beheerst om van het zorgaanbod te gebruiken maar op andere type barrières stoot. Uit dit onderzoek weten we in elk geval onvoldoende in welke mate en wat de aard is van eventuele toegankelijkheidsproblemen van jongeren tot de hulpverlening, en dit vanuit hun persoonlijk perspectief.

Uitval op school

Psychische problemen en een moeilijk thuiscontext gaan hand in hand met problemen op school en een problematische schoolloopbaan. Sommige jongeren komen vaak onterecht in een onderwijsvorm (i.c. BuSo) terecht, omwille van hun individuele en/of contextgerelateerde problematiek. Hoewel geen analyse werd gemaakt van het schooltraject, blijkt wel dat de knelpunten bij jongeren in de jeugdhulpverlening gerelateerd zijn aan hun dagbesteding. Er worden geen dagbestedingen gevonden of ze sluiten niet nauw genoeg aan bij de noden van de jongeren. Uitval op school en de soms onterechte toestroom in BuSo is dan ook een gegrond probleem dat meer uitdieping in vervolgonderzoek vraagt.

4.3 Conclusie

Er zijn indicaties te vinden dat voor een bepaalde doelgroep aangepast en subsidiair zorgaanbod moet ontwikkeld worden in Brussel en West-Vlaams Brabant. Een dagcentrum voor jongeren van 12-18 jaar (in eerste orde voor jongeren ouder dan 15) met complexe gedragsproblemen die verwant zijn aan mentale gezondheidsproblemen zou enerzijds de druk op bestaande voorzieningen kunnen opvangen en anderzijds een adequate opvang en begeleiding kunnen voorzien die de integratie en functioneren van jongeren optimaliseert. Een nieuw centrum voor therapeutische dagbesteding past in de logica om zoveel mogelijk te investeren in ambulante (al dan niet gemeenschapsgerichte) ondersteunende hulpverlening die jongeren zo weinig mogelijk isoleert van andere reguliere jongerenactiviteiten.

Dit onderzoek biedt echter geen antwoord op de vraag onder welke modaliteiten dit dagcentrum moet opereren in relatie met de bestaande voorzieningen, hoe groot de doelgroep moet zijn waarop dit dagcentrum zich oriënteert en vanuit welk inhoudelijk hulpverleningsmodel dergelijk dagcentrum effectief en efficiënt kan zijn. Het dagcentrum kan opgevat worden als een tijdelijke opvangplaats die concreet omgaat met de complexe problemen, maar met de ultieme opdracht om de jongere zo snel als mogelijk terug te verwijzen. Het dagcentrum zou “synchrone” dagbestedingsactiviteiten en (therapeutische) omkadering moeten aanbieden aan wat de bestaand instellingen nu doen. Bij de

bestaande voorzieningen zullen in het kader van samenwerking met een dagcentrum veranderingen nodig zijn. Het delen van expertise door meer intersectorale en inter-organisatorische samenwerking lijkt de meest effectieve en efficiënte weg voor de doelgroep die centraal staat.

Een theoretisch alternatief is dat het dagcentrum wordt geconcipieerd als een gespecialiseerd “derdelijncentrum” waar moeilijke gevallen worden naar doorverwezen. Dit model lijkt minder wenselijk, omdat enerzijds de activiteiten zich niet zullen kunnen beperken tot dagactiviteiten, anderzijds omdat het risico op stigmatiseren van deze groep als “verloren gevallen” zal versterken.

Het lijkt in elk geval aangewezen om –rekening houdend met de nog onvolledige kennis en bewijsvoering- in dat verband een piloottraject uit te tekenen waarin het ontwerp wordt beschreven, de werking van het dagcentrum in netwerkverhouding met de andere voorziening kan worden uitgetest en geëvalueerd, ook op de resultaten die geboekt worden met de jongeren. Bovendien kan men niet verwachten dat de oprichting van een complementaire dienstverlening onder de vorm van een pilootproject de huidige structurele tekorten in het Nederlandstalige aanbod in de regio zal opvangen.

Referenties

- Ad-hoccommissie Jeugdzorg (2011). *Maatschappelijke beleidsnota Jeugdzorg*. Brussel: Vlaams Parlement.
- Colins, O., Vermeiren, R., Schuyten, G., & Broekaert, E. (2009). Psychiatric disorders in property, violent and versatile offending detained male adolescents. *American Journal of Orthopsychiatry*, 79(1), 31-38.
- Commissie Jeugdzorg (2011). *Hoorzitting met het oog op het wetenschappelijk duiden van de problematiek*. Brussel: Vlaams Parlement.
- De Jaegere, V., DeSmet, A., De Coster, I., & Van Audenhove, C. (2010). *Een starterskit voor betere geestelijke gezondheidszorg: visie en methodieken*. Leuven: Katholieke Universiteit Leuven.
- Deboutte, D., Smet, M., Walraven, V., Janssens, A., Obyn, C., & Leys, M. (2010). *Spoedeisende psychiatrische hulp voor kinderen en adolescenten. KCE rapporten 135A*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.
- Dienst Welzijn en gezondheid-Steunpunt sociale planning (2009). *Investeren in welzijn. Een analyse van het welzijnsaanbod*. Leuven: Provincie Vlaams-Brabant.
- D' Oosterlinck, F., Broekaert, E., De Wilde, J., Bockaert, L.F. & Goethals, I. (2006). Characteristics and profile of boys and girls with emotional and behavioural disorders in Flanders mental health institutes: a quantitative study. *Child, care, health and development*, 32, 213-224.
- Grietens, H., Mercken, I., Vanderfaellie, J., & Loots, G. (2007). *Initiatie van effect- en effectiviteitsmeting van het private hulpaanbod binnen de bijzondere jeugdzorg*. Leuven, Brussel: KUL, VUB.
- Grouwels, B. (2009). *Beleidsnota 2009-2014 Welzijn, gezondheid en Gezin*. Brussel: Vlaamse Gemeenschapscommissie.
- Ingrado (2010). *Thuiszitters, sneller terug naar school. Bevindingen dossieronderzoek thuiszitters 2010*. Arnhem: Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
- Janssens, A., & Deboutte, D. (2007). *Even Bijpass-en. Over de samenwerking Bijzondere Jeugdbijstand en Kinder- en Jeugdpsychiatrie*. Antwerpen: CAPRI Youth Mental Health / Universiteit Antwerpen.
- Janssens, A., & Deboutte, D. (2010). Psychopathology among children and adolescents in child welfare: a comparison across different types of placement in Flanders, Belgium. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64, 353-359.
- Kabinet Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en het Agentschap Jongerenwelzijn (2009). *Perspectief! Evaluatie van het Globaal Plan Jeugdzorg. Visie op en toekomstperspectieven voor welzijn van kinderen en jongeren*. Brussel: Vlaamse Overheid.
- Kinderrechtencommissariaat (2011). *Advies: Een andere lichtinval op het zorgtekort in de jeugdhulp en de geestelijke gezondheidszorg. Bouwstenen voor een positieve praktijk in de jeugdhulp. Aan Commissie Jeugdzorg Vlaams Parlement*. Brussel: Kinderrechtencommissariaat.
- Kinderrechtencommissariaat (2010). *Knelpuntennota. Een overzicht van klachten over jeugdzorg bij het Kinderrechtencommissariaat. Aan de Commissie Jeugdzorg*. Brussel: Kinderrechtencommissariaat.
- Ministeriële subwerkgroep Revalidatie (2007a). *Geestelijke gezondheid bij kinderen en adolescenten - verslag*. Brussel: RIZIV.
- Ministeriële subwerkgroep Revalidatie (2007b). *Geestelijke Gezondheid bij kinderen en adolescenten - Bijlage 1*. Brussel: RIZIV.

Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (2011). *Advies m.b.t. de uitbouw van een GGZ-programma voor kinderen en jongeren*. Brussel: FOD Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en leefmilieu.

Observatorium voor Gezondheid en Welzijn van Brussel Hoofdstad (2010). *Gezondheidsindicatoren van het Brussels Gewest*. Brussel: Gemeenschappelijke gemeenschapscommissie.

Regionale Stuurgroep IJH Brussel (2007). *Regioplan Integrale Jeugdhulp Brussel Hoofdstedelijk Gewest 2008-2012*. Brussel: Vlaamse Overheid.

Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant (2007). *Regioplan Integrale Jeugdhulp Vlaams-Brabant 2008-2012*. Leuven: Vlaamse Overheid.

Scheiris, J., Pieters, S., De Block, K., De Graeve, D., Eyssen, M., Van Erdeghe, S., et al. (2008). *NOK/PSY revalidatiecentra: doelgroepen, wetenschappelijke evidentie en zorgorganisatie*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor Gezondheidszorg.

Smet, P. (2012). *Beleidsbrief Brussel. Beleidsprioriteiten 2012-2013*. Brussel: Vlaams Parlement.

Sprangers, A. (2011). *Evaluatieverslag Netwerk Leerrecht Brussel. September 2010 - Augustus 2011*. Anderlecht: Tonuso vzw.

Steunpunt Sociale Planning (2012). *Dossier: Investeren in welzijn. Een analyse van het welzijnsaanbod 2006-2012*. Leuven: Provincie Vlaams-Brabant.

Steunpunt Sociale Planning (2010a). *Dossier: Handicap in Vlaams-Brabant*. Leuven: Provincie Vlaams-Brabant.

Steunpunt Sociale Planning (2010b). *Dossier: Investeren in handicap. Focus op de sector in Vlaams-Brabant*. Leuven: Provincie Vlaams-Brabant.

Steunpunt Sociale Planning (2009). *Dossier: Investeren in welzijn. Een analyse van het welzijnsaanbod*. Leuven: Provincie Vlaams-Brabant.

Steunpunt Sociale Planning (2009). *Dossier: kinderen en jongeren in Vlaams-Brabant*. Leuven: Provincie Vlaams-Brabant.

Stuurgroep o.l.v. Minister van Onderwijs en Jeugd en de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (2012a). *Resultaten uit de bevraging over garantie van het recht op leren in residentiële voorzieningen*. Brussel: Vlaamse Overheid.

Stuurgroep o.l.v. Minister van Onderwijs en Jeugd en de Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin (2012b). *Vaststellingen bij het recht op leren voor jongeren die in het onderwijs (dreigen) uit de boot (te) vallen*. Brussel: Vlaamse Overheid.

Tonuso vzw (2011). *Netwerk Leerrecht Brussel: evaluatieverslag september 2010-augustus 2011*. Anderlecht.

Vandenbroeck, P., Dechenne, R., Becher, K., Van Den Heede, K., Eyssen, M., Geeraerts, G., et al. (2012). *Geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren: ontwikkeling van een beleidsscenario - synthese*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

Vander Laenen, F., Merlevede, S., Van Audenhove, S. & Cappon, L. (2011). *Instroom van kinderen en jongeren in de jeugdzorg en de geestelijke gezondheidszorg. Meer problemen of meer antwoorden?* Gent: Vakgroep Strafrecht en Criminologie, UGent, IRCP.

Vandeuren, J. (2011). *Beleidsbrief Welzijn, Volksgezondheid en Gezin: Beleidsprioriteiten 2011-2012*. Brussel: Vlaams Parlement.

Vandeuren, J. (2009). *Beleidsnota 2009-2014: Welzijn, volksgezondheid en gezin*. Brussel: Vlaamse Regering.

- Voets, J., Nijs, J., & Boesmans, S. (2009). *Tussen de mazen van het netwerk Intersectoraal Handelingsplan: (on)mogelijkheden*. Regionale Stuurgroep Integrale Jeugdhulp Limburg, Steunpunt Expertise Netwerken, vzw.
- Wouters, S. J. (2008). Prevalentie van psychopathologie bij kinderen en jongeren in de bijzondere jeugdbijstand. *TOKK*, 34-48.

Bijlagen

Bijlage 1: Overzicht zorgaanbod in 2007 volgens IJH Brussel

Algemeen welzijnswerk (AWW)

- Vlaamse Gemeenschap:
 - de autonome centra algemeen welzijnswerk: CAW Archipel en CAW Mozaïek
 - de ingebouwde CAW's van het (christelijk, liberaal, socialistische, onafhankelijk en neutraal) ziekenfonds
 - Centrum voor Tele-Onthaal (Vlaams Brabant – afdeling Brussel)
- Vergelijkbaar aanbod
 - Franse Gemeenschap
 - Laagdrempelige diensten: 19 services d'aide en milieu ouvert (AMO)
 - COCOF
 - 10 Centres d'action sociale globale (CASG)
 - GGC
 - 14 Centra voor maatschappelijk werk

Bijzondere jeugdbijstand (BJB)

- Vlaamse Gemeenschap:
 - Comité bijzondere jeugdzorg
 - Bemiddelingscommissie
 - Sociale dienst jeugdrechtbank
 - Begeleidingstehuizen: Den Distel, Minor Ndako, De Plan-Aid en Het Boy-Kot
 - Dagcentra: Het Vlot (2 vestigingen)
 - Diensten voor Begeleid Zelfstandig Wonen: De Loper, Minor Ndako, De Sloep
 - Diensten voor Pleegzorg: Kiezen voor Kinderen, Onderweg, Opvang
 - Onthaal-, oriëntatie- en observatiecentra (OOOC): 'tPasrel
 - Thuisbegeleiding: De Loper, De Pont
- Vergelijkbaar aanbod:
 - Franse Gemeenschap
 - Service d'aide à la jeunesse (SAJ)
 - Service de protection de la jeunesse (SPJ)
 - Ambulante/mobiele diensten: 5 centres d'orientation éducative (COE), 6 services d'aide et d'intervention éducative (SAIE), 3 services de prestations éducatives philanthropiques (SPEP). Er zijn geen centres de jour (CJ) in Brussel
 - Pleeggezinnendiensten: 5 services de placement familial (SPF)
 - Residentiële voorzieningen: 1 centre d'accueil d'urgence (CAU), 2 centres d'orientation et d'observation (COO), 19 services d'accueil éducatifs (SAAE), 1 centre d'accueil spécialisé, 7 services qui mettent en oeuvre un projet pédagogique particulier (PPP). Er zijn geen centres d'aide aux victimes de maltraitances (CAEVM), en geen institutions publiques de protection de la jeunesse (IPPJ).
 - SOS Jeunes
 - Abaka

Centra voor Integrale Gezinszorg (CIG)

- Vlaamse Gemeenschap:
 - De Vogelzang
- Vergelijkbaar aanbod

- COCOF
 - 9 onthaalhuizen die alleenstaande volwassenen met kinderen of families opvangen en begeleiden
- GGC
 - 3 Onthaaltehuizen voor alleenstaande vrouwen of moeders met kinderen.
 - 1 onthaalhuis voor de opvang van volwassenen tussen 18 en 60 jaar met of zonder kinderen

Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB)

- Vlaamse Gemeenschap:
 - CLB van de Vlaamse Gemeenschapscommissie
 - CLB van het Gemeenschapsonderwijs
 - Vrij VLB "Pieter Breughel"
- Vergelijkbaar aanbod
 - Centres Psycho-Medico-Sociale:
 - 10 van het gemeentelijke net
 - 5 van de Franse Gemeenschap
 - 12 van het vrij onderwijs
 - 2 van de COCOF

Geestelijke gezondheidszorg (GGZ)

- Vlaamse Gemeenschap:
 - CGGZ Brussel (met 7 deelwerkingen, en een kinderteam in 2 vestigingen)
- Vergelijkbaar aanbod
 - COCOF
 - 21 Service de santé mentale
 - GGC
 - 5 diensten voor geestelijke gezondheidszorg

Voorzieningen Vlaams Agentschap voor Personen met een Handicap (VAPH)

- Vlaamse Gemeenschap:
 - Vroeg- of thuisbegeleidingsdiensten: Handicap en ambulante begeleiding (Brabantse dienst voor thuisbegeleiding), Thuisbegeleidingsdienst Woluwe
 - Gezinsplaatsing: Onderweg
 - Medisch pedagogische instituten: De Ark, De Rijtak (vestigingsplaats in Brussel van MPI Sint Franciscus), Koninklijk Instituut Woluwe, De Passer (vestigingsplaats in Brussel van MPI Levenslust)
 - OBC Espero (locatie nog tijdelijk in Opwijk)
 - centrum voor ontwikkelingsstoornissen (UZ Brussel)
- Vergelijkbaar aanbod
 - COCOF
 - 7 centres d'orientation spécialisées (kinderen en jongeren)
 - 13 services d'accompagnement
 - 8 centres du jour voor schoolgaande kinderen en 3 voor niet schoolgaande kinderen)
 - 13 centres d'hébergement

Naast de voorzieningen uit de betrokken sectoren van integrale jeugdhulp zijn ook nog andere voorzieningen met een aanbod jeugdhulp in belendende sectoren:

- revalidatiecentra (De Poolster, Revalidatiecentrum "Noord", Diagnostisch en Therapeutisch Centrum voor Spraak-, Taal-, Leer- en Ontwikkelingsstoornissen)
- kinderpsychiatrie (UZ Brussel) " (Regionale Stuurgroep IJH Brussel, 2007, p. 21)

Bijlage 2: Overzicht zorgaanbod in 2007 volgens IJH Vlaams-Brabant

Autonome Centra Algemeen Welzijnswerk (CAW)

“Er zijn 5 CAW’s in de provincie. Zij staan in voor een laagdrempelige hulpverlening. De 3 CAW’s in Halle-Vilvoorde staan in voor ruim 524.000 inwoners en toch hebben ze de laagste personeelsbezetting van heel Vlaanderen (zie figuur 6, cijfers 2002). In tegenstelling tot andere regio’s in Vlaanderen is er geen residentieel aanbod en evenmin een erkend crisisopvangcentrum.”(Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 13)

Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGG)

“In Vlaams-Brabant zijn er 3 CGG met een goede loco-regionale inbedding en spreiding in de provincie. Tot de kerntaken behoren de behandeling van ernstige psychosociale/psychiatrische problemen, preventie en dienstverlening. De CGG’s bedienen 3 doelgroepen, waaronder kinderen en jongeren. Voor de doelgroep kinderen en jongeren staan er 10.03 VTE ter beschikking in het arrondissement Halle-Vilvoorde Met een totaal van 26,48 VTE voor 212 271 minderjarigen situeert de provincie Vlaams-Brabant zich qua hulpverleningscapaciteit bij de 5 zwaksten op 21 CGG/werkingsgebieden. De beschikbare hulpverleningscapaciteit per 1000 inwoners valt in Halle–Vilvoorde lager uit (0.108) dan in het arrondissement Leuven (0.142). Maar beide arrondissementen scoren veel zwakker dan b.v. Antwerpen (0.205) en Limburg (0.198).”(Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 12)

Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB)

“Naast de CLB’s van het vrije en het gemeenschapsonderwijs is ook het CLB van de Vlaamse Gemeenschapscommissie in Brussel actief in 34 scholen van Vlaams-Brabant. Overigens is het opvallend dat een groot aantal scholen contracten afsloot met CLB’s waarvan de vestiging buiten de provincie ligt (voor een overzicht zie bijlage 4). De CLB’s zijn aanwezig in alle scholen en dus goed gekend bij de leerlingen. De CLB-medewerker blijft ook steeds in contact met de leerling via de school. Zij benadrukken hun brugfunctie met de hulpverlening.”(Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 14)

Psychiatrie

Psychiatrische dienstverlening wordt niet tot de sectoren van IJH gerekend:

“De federale actoren van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) - de Psychiatrische Ziekenhuizen (PZ), de Psychiatrische Afdelingen van de Algemene Ziekenhuizen (PAAZ) en de diensten met een RIZIV;-conventie voor geestelijke gezondheidszorg of voor gehoor- en spraakrevalidatie (NOK’s) - maken vooralsnog geen deel uit van de structuur van IJH.

Vlaams-Brabant telt 8 psychiatrische ziekenhuizen (waarvan 1 in Halle-Vilvoorde), waar opvang en behandeling vanaf 16 jaar mogelijk is. De provincie telt 3 PAAZ’en in Halle-Vilvoorde ten opzichte van 1 PAAZ in arrondissement Leuven. Zeker de 3 Kdiensten-gelokaliseerd in arrondissement Leuven (Gasthuisberg, Kortenberg en Tienen) – hebben een belangrijk zorgaanbod naar kinderen en jongeren uitgebouwd. In het kader van de zorgvernieuwing binnen GGZ, wordt tevens geïnvesteerd in outreaching en crisisinterventie.”
(Regionale Stuurgroep IJH Vlaams-Brabant, 2007, p. 13)

Bijlage 3: Mapping van het zorgaanbod in de regio

- Algemeen welzijnswerk
 - CAW
- Onderwijs
 - CLB
 - BuSo
- Gehandicaptenzorg
 - OBC
 - MPI
- Geestelijke gezondheidszorg
 - CGG
- Bijzondere jeugdbijstand
 - begeleidingstehuis
 - gezinstehuis
 - OOC
 - dagcentrum
 - thuisbegeleiding
 - BZW
 - pleegzorgdienst
- Psychiatrie
 - KJP ziekenhuis

Algemeen Welzijnswerk				
voorziening	doelgroep	aanbod	capaciteit	vestigingsplaats
<u>Brussel</u>				
• CAW Archipel	Alle leeftijden	Algemeen onthaal, mobiel onthaal, psychosociale begeleiding, informatie en adviesverlening	/	1000 Brussel
• CAW Mozaïk	Alle leeftijden	Algemeen onthaal, mobiel onthaal, crisiswerking, outreachement, JAC-werking, psychosociale begeleiding en juridische informatie	/	1000 Brussel
<u>West-Vlaams-Brabant</u>				
• CAW Delta	Alle leeftijden	slachtofferbegeleiding	/	1730 Asse, 1500 Halle
- slachtofferhulp	Alle leeftijden	algemeen onthaal	/	1731 Zellik
- inloopcentrum	12-25 jaar	eerstelijns hulpverlening (informatie, advies, begeleiding)	/	1500 Halle
- JAC				
Onderwijs				
voorziening	doelgroep	aanbod	capaciteit	vestigingsplaats
<u>Brussel</u>				
• BuSo Zaveldal	12-21 jaar	OV 3 type 1,3,4	/	1000 Brussel
• CLB van het GO! Brussel	3-25 jaar	leerlingenbegeleiding	/	1090 Jette
• Vrij CLB Pieter Breughel	3-25 jaar	leerlingenbegeleiding		1080 Sint-Jans-Molenbeek
<u>West-Vlaams-Brabant</u>				
• CLB GO! "De Ring" Halle	3-25 jaar	leerlingenbegeleiding	/	1500 Halle
• Vrij CLB Halle	3-25 jaar	leerlingenbegeleiding	/	1500 Halle
• Vrij CLB Noordwest-Brabant	3-25 jaar	leerlingenbegeleiding	/	1730 Asse
• CLB Gemeenschapsonderwijs Vilvoorde-Zaventem-Tervuren	6-21 jaar		/	1800 Vilvoorde
Gehandicaptenzorg				

<i>voorziening</i>	<i>doelgroep</i>	<i>aanbod</i>	<i>capaciteit</i>	<i>vestigingsplaats</i>
<u>Brussel</u>				
Centrum voor Ontwikkelingsstoornissen	0-16 jaar	Multidisciplinair onderzoek, diagnostiek en oriëntering van baby's en kinderen met een (vermoeden van een) ontwikkelingsstoornis.	?	1090 Jette
Orthopedagogisch Centrum Woluwe	Kinderen en jongeren met gehoor-, taal- of gezichtsproblemen, met psychosociale problemen of gehoorproblemen	<i>Onderwijs:</i> BuBaO, BuSo (OV 1,3 4 / type 6 en 7), Gonbegeleiding.	?	1200 Sint-Lambrechts-Woluwe
Thuisbegeleidingsdienst Woluwe	Kinderen met een spraak-taalstoornis	<i>Zorg:</i> Consultatie- en revalidatiecentrum, kinderdagverblijf, MFC, thuisbegeleiding. thuisbegeleiding	?	1200 Sint-Lambrechts-Woluwe
<u>West-Vlaams-Brabant</u>				
OBC Espero	Kinderen en jongeren van 5-18 jaar met een ernstige gedrags- of emotionele problemen al dan niet in combinatie met mentale handicap	Residentieel intensieve multidisciplinaire observatie en behandeling op maat, gezinsgerichte werking en schoolse ondersteuning	20 bedden	1130 Haren
MPI Levenslust	Kinderen en jongeren van 6-21 jaar met een licht mentale handicap en gedrags en/of emotionele moeilijkheden	<i>Onderwijs:</i> BuBaO, BuSo OV 1, 2, 3, 4 en geïntegreerd onderwijs <i>Zorg:</i> internaat (21 leefgroepen) en semi-internaat	206 en 14 bedden	1750 Sint-Martens-Lennik
- Huis in de Rij	Brusselse jongeren	Leefgroep specifiek om Brusselse jongeren te integreren in de Brusselse leefgemeenschap	?	1080 Molenbeek
MPC Sint-Franciscus	Kinderen en jongeren van 0-21 jaar met een licht, matige tot zwaar mentale handicap en/of	<i>Onderwijs:</i> BuBaO en BuSo OV 1, 2, 3 (type 1,2,3) <i>Zorg:</i> internaat en semi-internaat	110 leerlingen 150 en 95 bedden	1760 Roosdaal

- Het Raster Brabant - Bamboe- Brabantse Dienst voor Thuisbegeleiding	meervoudige handicap en/of gedrags- en emotionele stoornis autismespectrumstoornis Personen met autisme Kinderen en jongeren tot 18 jaar met problemen op het gebied van GES en hun ouders/het gezin	Thuisbegeleiding Thuisbegeleiding	? ?	1800 Vilvoorde 1970 Wezembeek-Oppem
Bijzondere Jeugdbijstand				
<i>voorziening</i>	<i>doelgroep</i>	<i>aanbod</i>	<i>capaciteit</i>	<i>vestigingsplaats</i>
<u>Brussel</u>				
Onderweg	Kinderen en jongeren die zich (tijdelijk) in een kritische levenssituatie bevinden of met een mentale, psychische of fysieke handicap	Pleegzorgdienst	88 plaatsen 7 WOP (wonen met ondersteuning particulier)	1030 Schaarbeek
Kiezen voor Kinderen	Kinderen en jongeren van 0 tot 18 jaar in een POS die via CBJ of JRB worden aangemeld	Pleegzorgdienst	?	1090 Jette
't Pasrel	Minderjarigen tussen 3-18 jaar uit regio BHV en hun gezinnen in een POS	Onthaal-, oriëntatie- en observatiecentrum. Kortdurende intensieve residentiële of ambulante begeleiding	12 begeleidingn	1030 Schaarbeek
De Loper	Gezinnen met een POS doorverwezen door CBJ of JRB	Thuisbegeleidingsdienst	16 gezinnen	1070 Anderlecht
- Minor-Ndako - Minor - Major	NBBM van 12-18 jaar NBBM van 16-18 jaar	Begeleidingstehuis voor NBBM Residentiële begeleiding Residentiële begeleiding	10 NBBM 6 NBBM	1070 Anderlecht 1000 Brussel

- Kamertraining - Begeleid Zelfstandig Wonen - Project Lisanga	NBBM van 16-18 jaar NBBM vanaf 17 jaar	Semi-residentiële begeleiding Ambulante begeleiding	4 NBBM 16 NBBM	1070 Anderlecht 1000 Brussel
	NBBM met status van erkend vluchteling of subsidiaire bescherming	Ambulante begeleiding	20 NBBM	1000 Brussel
• Tonuso vzw - De Pont - De Sloep - Het vlot (Anderlecht) - Het vlot (Jette) - De Plan-Aid - Boy Kot (jongens) - Atomix	0-18 jaar	Thuisbegeleiding		1070 Anderlecht
	17-21 jaar	Begeleid zelfstandig wonen		1070 Anderlecht
	6-18 jaar	Dagcentrum voor gezins- en jongeren begeleiding		1070 Anderlecht
	6-18 jaar	Dagcentrum voor gezins- en jongeren begeleiding	15 meisjes 15 jongens	1090 Jette 1080 Sint-Jans-Molenbeek
	12-18 jaar (meisjes) 14-18 jaar (jongens) 6-18 jaar	Residentiële begeleiding categorie 1 Residentiële begeleiding categorie 1bis Residentiële begeleiding categorie 1	15 jongeren	1070 Anderlecht 1020 Laken
<u>West-Vlaams-Brabant</u>				
• 't Spiegeltje	Kinderen en jongeren van 3-18 jaar kaderend in een POS	Begeleidingstehuis	15 jongeren (waarvan 3 BZW)	1730 Asse
• De Loper	Jongeren tussen 17 en 21 jaar doorgestuurd door CBJ of JRB	Begeleid Zelfstandig Wonen	32 plaatsen (29 begeleidingen en 3 crisisplaatsen)	1730 Asse
• De Wip (Don Bosco)	Gezinnen met minderjarige kinderen van 6-18 jaar die zich in een POS bevinden	Dagcentrum: jongerenbegeleiding, gezinsbegeleiding, schoolbegeleiding, ouderwerking	?	1500 Halle
• Tonuso vzw - De Schuit		Dagcentrum voor gezins- en jongeren begeleiding	10 gezinnen	1730 Asse
• 't Pasrel - deelwerking Vilvoorde	Jongeren tussen 3 en 18	Ambulant en residentieel onthaal-,	11 plaatsen	1800 Vilvoorde

- deelwerking Halle • Cocon • vzw Radar	jaar die zich in een POS bevinden Kinderen van 0 tot 18 jaar die zich in een POS bevinden Gezinnen met kinderen tussen 0 en 18 jaar die zich bevinden in een POS en doorverwezen zijn door CBJ of JRB Gezinnen met kinderen tussen 0 en 18 jaar die zich in een POS bevinden	oriëntatie en observatiecentrum Ambulant en residentieel onthaal-, oriëntatie en observatiecentrum Thuisbegeleiding en crisishulp aan huis Thuisbegeleiding	9 jongeren 32 gezinnen 32 gezinnen	1500 Halle 1800 Vilvoorde 1740 Ternat
Geestelijke gezondheidszorg				
<i>voorziening</i>	<i>doelgroep</i>	<i>aanbod</i>	<i>capaciteit</i>	<i>vestigingsplaats</i>
<u>Brussel</u> • CGG Brussel - De Vest - West (PTC)	Kinderen en jongeren van 0-18 jaar en hun gezin met een psychologische, psychiatrische of relationele problematiek	Ambulante hulpverlening: Individuele psychotherapie, oudertherapie, gezinstherapie, medicamenteuze behandeling, nazorg na hospitalisatie, psychosociale begeleiding, diagnostisch onderzoek	/	1000 Brussel
<u>West-Vlaams-Brabant</u> • CGG Passant vzw - deelwerking Halle - deelwerking Dilbeek • CGG Ahasverus - Advies en Begeleidingscentrum (ABC)	Kinderen en jongeren met psychologische, psychosociale of psychiatrische problemen Kinderen en jongeren tot 18 jaar en hun gezin met psychologische en/of psychiatrische problemen	Ambulante psychosociale begeleiding Ambulante psychosociale begeleiding	/ / /	1080 Sint-Jans-Molenbeek 1500 Halle 1700 Dilbeek 1730 Asse

- De Poort	Kinderen en adolescenten met psychosociale of psychiatrische problemen	Ambulante psychosociale begeleiding	/	1500 Halle
- Therapiecentrum	Kinderen en jongeren tot 18 jaar en hun gezin met psychologische en/of psychiatrische problemen	Ambulante psychosociale begeleiding	/	1800 Vilvoorde
Psychiatrie				
<i>voorziening</i>	<i>doelgroep</i>	<i>aanbod</i>	<i>capaciteit</i>	<i>vestigingsplaats</i>
Brussel PAika (UZ) - Teens	12-17 jaar	Raadpleging en residentiële opname voor jongeren met psychische problemen	?	1090 Jette

Noot: '?'=niet terug te vinden in de twee databanken of op de website van de voorziening. De tabel includeert geen projecten zoals *Leerrecht, Klik, VDIP*, ...