

Effecten van de transformatie Jeugdhulp

Positionering van (zeer) schaarse specialistische functies in het ‘zorglandschap’

Een aanbod vanuit het veld

Manifest | april 2018

Als gevolg van de decentralisatie die in 2015 is ingezet, zijn gemeenten verantwoordelijk geworden voor de zorg voor kinderen tot 18 jaar. De stelselwijziging is erop gericht dat kinderen (en hun ouders) sneller geholpen worden bij zorg- en ondersteuningsvragen; de zorg en ondersteuning zoveel mogelijk in de eigen leefomgeving van kinderen wordt geboden en zoveel mogelijk aansluit op de eigen situatie van een kind/gezin. Centrale thema's van de transitie (en de beginnende transformatie) jeugdhulp zijn verder: preventie en uitgaan van eigen kracht en eigen regie; integrale hulp aan gezinnen (1 gezin, 1 plan, 1 regisseur); minder medicaliseren meer normaliseren; en eerder de juiste hulp op maat (specialistische hulp aan de voorkant). De stelselwijziging is er tevens op gericht dat professionals alle ruimte krijgen en de omvang en de kosten van de verzorgingsstaat zoveel mogelijk worden beperkt.

Als jeugdhulp hebben we de bovenstaande uitgangspunten omarmd. Het is nu 2018. De transformatie is volop gaande. De Jeugdhulpbranches hebben overeenstemming over de inrichting van het zorglandschap. Wij maken ons echter grote zorgen over de uitwerking die de decentralisatie heeft op zeer specialistische schaarse functies en landelijke centra: het voortbestaan van deze functies en centra binnen de jeugdhulp is in het geding. Daarom doen wij in dit manifest een aanbod vanuit de praktijk aan de gemeenten en bewindspersonen, verantwoordelijk voor het stelsel, om de transformatie ten aanzien van deze functies en centra succesvol af te ronden. Wij pleiten voor:

1. Het behoud van (zeer) schaarse bovenregionale en landelijke expertise in de jeugdhulp.
2. Het organiseren van de juiste zorg op het juiste niveau c.q. direct de juiste zorg bieden (matched care).
3. Het opbouwen van een professioneel triagesysteem in de jeugdhulp (voorwaarde voor matched care).
4. Het ontwikkelen van professionele integrale jeugdhulpstandaarden.
5. Zo spoedig mogelijk vaststellen van de criteria voor (zeer) schaars specialisme evenals het verschaffen van duidelijkheid over de positionering en de financiering van dit specialisme en het inrichten van proeftuinen.

Hieronder geven we een toelichting op bovenstaande actiepunten.

Wat is de stand van zaken?

Het uitgangspunt van de decentralisatie is de juiste zorg op het juiste niveau. In een gedecentraliseerd stelsel bestaat een spanning tussen 'zorg zo dichtbij de leefomgeving van kinderen als mogelijk' en '(zeer) specialistische zorg'. Hoe specialistischer de zorg hoe meer concentratie nodig is.

Cijfers 2017

- 367.000 minderjarigen kregen jeugdhulp. Dit is bijna 11 procent van alle kinderen.¹
- 35.990 minderjarigen waren uithuisgeplaatst. Jeugdhulp met verblijf: pleegzorg, gezinsgericht, gesloten plaatsing of ander verblijf bij een jeugdhulpaanbieder (peildatum 1 november). Bijna 10% van de kinderen die jeugdhulp kregen²
- 852 minderjarigen werden gesloten geplaatst. Iets meer dan 2% van de uithuisgeplaatste kinderen.³

De meeste minderjarigen krijgen hulp dichtbij huis. Een deel heeft echter top-klinische specialistische hulp nodig. Kinderen die, vaak als gevolg van intergenerationele overdracht en/of het systematisch blootstaan aan negatieve jeugdervaringen, ernstig gevaar lopen in hun ontwikkeling. Deze kinderen kunnen niet altijd in de eigen leefomgeving worden geholpen vanwege problemen in hun leefomgeving of gevaar van buitenaf. Het gaat dan onder meer om:

- kinderen met ernstige antisociale en/of agressieve problematiek (vaak in combinatie met andere stoornissen, vroegkinderlijke traumatisering, een (licht) verstandelijke beperking of ernstige vormen van zedendelinquentie bijvoorbeeld);
- kinderen die kampen met de gevolgen van complex trauma of vroegkinderlijke traumatisering (als gevolg van mishandeling, misbruik en verwaarlozing);
- kinderen die structureel mishandeld, misbruikt of verwaarloosd worden binnen hun gezin en kinderen met (complex) trauma of vroegkinderlijke traumatisering a.g.v. mishandeling, misbruik en verwaarlozing;
- kinderen die te maken hebben met eengerelateerd geweld en loverboyproblematiek;
- zelfverwondende en suïcidale kinderen en kinderen met anorexia (risico op overlijden);
- kinderen met meervoudige en/of ernstige psychiatrische problematiek, zoals een psychose of een bipolaire stoornis.

Zelfs met de best mogelijke preventie en de best mogelijke zorg aan huis, duurt het nog decennia voor we het aantal van bijna 36.000 kinderen die jeugdhulp met verblijf krijgen, substantieel naar beneden krijgen. Bovendien zullen niet alle complexe problemen 'opgelost' kunnen worden met preventieve zorg, zorg aan huis of zorg in de directe leefomgeving van kinderen. Het is van groot belang om deze zorg te ontwikkelen. (Zeer) specialistische zorg zal echter ook noodzakelijk blijven. De Transitie Autoriteit Jeugd heeft er de afgelopen drie jaar op aangedrongen om een zodanige ordening aan te brengen in het zorglandschap dat essentiële functies overeind blijven.

De Branches Gespecialiseerde Jeugdzorg (BGJZ) (Jeugdzorg Nederland, GGZ Nederland, VGN en VOBC) stellen in dit kader een ordening voor naar de mate waarin de hulp wordt geleverd (m.a.w. de mate waarin er behoefte aan is):

- basisjeugdhulp die dichtbij huis wordt geleverd;
- specialistische hulp die veel voorkomt;
- specialistische hulp die weinig voorkomt.

Specialistische, weinig voorkomende jeugdhulp dient volgens de BGJZ op bovenregionale schaal te zijn georganiseerd om effectief en efficiënt te zijn. De BGJZ noemt de volgende voorbeelden van 'specialistische weinig voorkomende' zorgfuncties: a) acute opname, thuis- en crisisinterventie; b) BOPZ; c) jeugdverslavingszorg (detox), forensische jeugdzorg; d) driemilieuvoorzieningen; e) regionale instelling voor beschermd wonen; f) JeugdzorgPlus.

¹ <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2017/17/11-procent-van-de-jongeren-krijgt-jeugdhulp>

² <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?DM=SLNL&PA=82968ned&D1=8-12&D2=0&D3=a&HDR=G2,G1&STB=T&VW=T>

³ <https://www.jeugdzorgnederland.nl/wp-content/uploads/2017/11/JeugdzorgPlus-2017def.pdf>

In de geschetste driedeling van de BGJZ zijn de (zeer) schaarse voornamelijk landelijk georganiseerde functies, die zijn ondergebracht in het Landelijk Transitie Arrangement Jeugd, nog onvoldoende gepositioneerd. Deze functies zijn landelijk georganiseerd omdat het niet haalbaar en niet rendabel is om deze functies op (boven)regionaal niveau te organiseren. Deze functies worden (soms) maar op één of enkele plaatsen in Nederland geboden en zijn daarmee 'schaarser' en op een ander niveau georganiseerd dan de 'specialistische weinig voorkomende jeugdhulp' van de BGJZ. Gedacht kan worden aan klinieken voor kinderen met eetstoornissen, opname afdelingen voor acute psychiatrie, behandelgroepen voor meisjes die het slachtoffer zijn van eergelateerd geweld of bijvoorbeeld behandelgroepen voor sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapte kinderen. Met de aanbieders van (zeer) schaarse specialistische functies zijn in 2015 door de VNG – namens alle Nederlandse gemeenten – raamcontracten afgesloten. (Zie bijlage 1 voor de definities die BGJZ en de criteria die de VNG hanteert.)

De VNG hanteert dus een iets andere indeling voor (zeer) 'schaarse' of 'weinig voorkomende' specialistische jeugdhulpfuncties dan de BGJZ. De Transitie Autoriteit Jeugd (TAJ) geeft in haar vierde rapportage (maart 2018) aan dat "het bij beide 'lijstjes' altijd gaat om relatief kleine aantallen waarbij er sprake is van meervoudige zorgproblematiek". Er zijn echter ook verschillen:

- De 'specialistische weinig voorkomende jeugdhulp' zoals geformuleerd door de jeugdbranches kennen voor bijna alle functies een landelijk dekkend patroon: regionaal of bovenregionaal georganiseerd.
- De (zeer) schaarse functies die in het LTA zijn opgenomen, worden (soms) maar op één of enkele plaatsen in Nederland geboden en zijn daarmee 'schaarser' en voornamelijk op landelijk niveau georganiseerd.

Het is van belang de (zeer) schaarse functies – die nu zijn opgenomen in het Landelijk Transitie Arrangement Jeugd – duidelijker te positioneren ten opzichte van de door de jeugdbranches gehanteerde driedeling van basisjeugdhulp, specialistische veelvoorkomende jeugdhulp en specialistisch weinig voorkomende jeugdhulp.

Wat dreigt er mis te gaan?

Binnen een gedecentraliseerd stelsel dreigen schaarse – zeer specialistische landelijk georganiseerde functies – te verdwijnen. Hoewel de inkoop hiervan in 2015 formeel is geregeld, is er anno 2018 nauwelijks of geen aandacht voor dit specialisme in regionaal en landelijk beleid waardoor de optie reëel is dat het binnen drie jaar is verdwenen, dan wel dat expertise verdwijnt en de kwaliteit niet gegarandeerd kan worden. De focus van de transitie ligt bijna geheel bij lokale en regionale jeugdhulp. De gedachte dat preventie en vroeginterventie de –zogenaamd– zware en dure zorg zal doen verdwijnen blijft dominant. Er is daarom hoge urgentie om het stelsel zo in te richten c.q. de transitie zo vorm te geven dat er plaats is voor alle vormen van jeugdhulp, van basisjeugdhulp tot aan de schaarse zeer specialistische functies. Dit om ervoor te zorgen dat juist de meest moeilijk te behandelen kinderen niet in de kou komen te staan door gebrek aan kennis en capaciteit.

Het is echter niet alléén een probleem van de inrichting van het stelsel en de positionering van de schaarse functies daarbinnen. Kortom, van bestuurlijke stellingname. Het probleem hangt óók samen met het niveau van professionalisering van de sector. Van een professionele sector mag worden verwacht dat er adequaat onderscheid gemaakt kan worden in de mate van complexiteit van een hulpvraag en het niveau van specialistische zorg dat daarbij ingezet moet worden. Zo ver zijn we (vaak) nog niet. Integendeel. Niet zelden wordt de ernst van de situatie niet goed ingeschat of wordt een probleem gemist (zie bijlage 2). Ook zien we vaak dat er pas naar de schaarse zeer specialistische (jeugd)hulp wordt verwezen als de hulpverlening helemaal is vastgelopen en men niet meer weet wat men met een zaak aan moet.

Om dit probleem te tackelen zou daarom gebruik gemaakt kunnen worden van de ervaring die is opgedaan in de organisatie van de medische zorg. Bij de medische zorg is dit na vele jaren ontwikkeld tot een systeem van: huisartsen die de eerste zorgvragen afhandelen; algemene en topklinische ziekenhuizen die basiszorg tot gespecialiseerde zorg leveren; en academische ziekenhuizen die naast patiëntenzorg ook een functie hebben t.a.v. wetenschappelijk onderzoek, ontwikkeling en innovatie. Daarnaast zien we zeer gespecialiseerde centra, zoals de brandwondencentra of het Prinses Maxima Centrum voor kinderoncologie. Deze gespecialiseerde centra hebben, net zoals de academische centra een onderzoeks-, ontwikkel-, innovatie- en kennisdisseminatiefunctie.

Op deze manier wordt de juiste zorg geleverd op het juiste niveau waarbij ook oog is voor de kosten. Bij deze organisatie van zorg wordt een triagesysteem gehanteerd waarbij men voor meer complexe zorg wordt doorverwezen naar een top klinisch of academisch ziekenhuis. Voor patiënten die geen (zeer) gespecialiseerde zorg meer nodig hebben kan weer een (terug)verwijzing volgen naar de huisarts of een poli in een regionaal ziekenhuis. In vergelijking met veel andere landen kunnen we trots zijn op de wijze waarop de medische zorg in Nederland is georganiseerd. Gek genoeg volgt de wijze waarop het jeugdhulpstelsel nu wordt gezien niet het model waarop de medische zorg georganiseerd is. De introductie van dit model binnen de jeugdhulp zou mogelijk een aantal omissies kunnen voorkomen.

Wat gaat er mis bij de organisatie van de gespecialiseerde jeugdhulp? En: wat vraagt aandacht?

- Dat de juiste zorg op het juiste niveau (matched care) geboden wordt;
- Dat de schaarse zeer specialistische functies en centra dreigen te verdwijnen;
- Dat er onvoldoende aandacht is voor de ontwikkeling van evidence based zorg;
- Dat er noodzaak is aan *high intensive care & high secure, high safety* bij de meest complexe problematiek;
- Dat professionele standaarden (nog) onvoldoende (ontwikkeld) zijn.

De juiste zorg op het juiste niveau (matched care)

Het is geen geheim dat juist de ‘moeilijkste’ kinderen vaak lange zorgcarrières hebben. Zorgcarrières zijn vaak het gevolg van negatieve jeugdervaringen en trauma’s in de eerste levensjaren, wanneer de meest kwetsbare kinderen en hun ouders nog niet in beeld zijn (terwijl er dan juist een hoge urgentie is voor inzet van (gespecialiseerde) ondersteuning en behandeling). Verder zien we de eerste signalen van ernstige chronische psychiatrische problematiek vaak tijdens de puberteit, die daardoor verkeerdelijk lang als typische opgroei problematiek worden gezien. Na escalatie van de problemen zwerven deze kinderen vaak tussen hulpverlenende instanties met weinig resultaat. Kinderen raken steeds verder onthecht. Ze komen soms op wachtlijsten te staan terwijl in de tussentijd de problemen verder verergeren en kinderen soms ‘weg’ raken, dakloos worden of in handen van mensenhandelaren vallen.

We weten dat de problemen van deze kinderen en hun ouders door lange zorgcarrières met weinig resultaat alleen maar weerbarstiger en hardnekkiger worden. Bovendien weten we dat veel kinderen hierdoor weerstand ontwikkelen tegen hulpverlening en de toekomstige zorgmijders zijn waardoor ze – als ze zelf kinderen hebben – niet snel een beroep zullen doen op jeugdhulp.

Juist bij kinderen met complexe problematiek wordt er vaak eerst te lichte zorg of niet passende zorg ingezet (*stepped care*). We zouden teleurstellingen bij kinderen en ouders (evenals de kosten van de jeugdhulp) aanzienlijk terugdringen als we direct de juiste zorg zouden inzetten (*matched care*).

Dergelijke hulp zorgt niet enkel voor verlichting van de jeugdhulp, het kan helpen om een chronisch traject te keren, dat tot ver in de volwassenheid of levenslang doorloopt. Matched care vraagt jeugdhulp-breed om professionele inzet van een hoogwaardig triage-systeem. Een systeem dat er aan bijdraagt dat kinderen niet onderbehandeld en niet overbehandeld worden. Het is zaak dat binnen de

jeugdhulp het specialisme 'triagist' wordt ontwikkeld om zo goed mogelijk vast te kunnen stellen: Wat heeft dit kind nodig? Wat heeft deze ouder nodig? Wat heeft dit gezin nodig? Direct de juiste en tijdige zorg kan in het ene geval het wijk- of gebiedsteam zijn en in het andere geval een regionale jeugdhulpaanbieder of een landelijk centrum waar gespecialiseerde zorg wordt geboden bij zeer complexe en weinig voorkomende problemen of stoornissen.

De schaarse zeer specialistische functies en centra dreigen te verdwijnen

Op dit moment is er binnen veel jeugdhulpregio's weinig of geen aandacht voor de integratie van schaarse zeer specialistische landelijke functies en centra in de keten. Alle aandacht gaat uit naar lokale en regionale aanbieders en er is geen actief beleid om te verwijzen naar of gebruik te maken van deze (zeer) schaarse functies en landelijk werkende centra. Op termijn kan dit ertoe leiden dat er geen zorg meer wordt ingekocht waardoor de financiering stopt.

Als deze instellingen afhankelijk zijn van regionale bekostiging, dan kampen ze te vaak met niet dekkende tarieven. Er zijn jeugdhulpregio's waar iedere aanbieder dezelfde prijs krijgt: het maakt niet uit of een aanbieder al dan niet hoog gekwalificeerde en ervaren (en dus relatief dure) professionals in huis heeft. Daardoor dreigt bezuiniging en afbraak van kwaliteit en expertise.

De in het kader van de transformatie geïntroduceerde modellen van hoofd- en onderaannemerschap zijn ongeschikt. In de praktijk worden nu al in sommige regio's (zoals in de regio Rotterdam-Rijnmond) schaarse specialistische functies afgebouwd omdat er 1) niet meer naar wordt verwezen en of 2) hoofdaannemers aanbieders met hoog specialistisch aanbod niet inschakelen als onderaannemer. Dat kan ertoe leiden dat kinderen de juiste zorg niet of te laat krijgen omdat risico's onvoldoende worden ingeschat en er lokaal of regionaal te weinig kennis van de problematiek is.

Als jeugdhulpregio's – maar ook de minister als stelselverantwoordelijke – geen actie ondernemen zullen er over een paar jaar dus nog onvoldoende schaarse zeer gespecialiseerde landelijke functies en centra zijn. Op dit moment is de situatie soms al nijpend. Het opnieuw opbouwen van deze expertise in de toekomst zal veel geld kosten en jaren vergen.

In vergelijking met de medische zorg zou dit neerkomen op het organiseren van zorg zonder zeer gespecialiseerde top klinische/academische ziekenhuizen/specialistische centra. Op dat terrein zou dat onvoorstelbaar zijn. Op het terrein van de jeugdzorg is dat wat er nu gebeurt c.q. dreigt te gebeuren. Bovendien zullen de kosten van onvoldoende, niet gespecialiseerde, zorg voor kinderen en jeugdigen, direct en in de toekomst, oplopen. Niet alleen binnen de jeugdhulp maar ook maatschappelijk.

Er is onvoldoende aandacht voor evidence based zorg

De ontwikkeling van evidence based jeugdhulp bij een aantal zeer ernstige problemen staat nog in de kinderschoenen. We hebben weliswaar steeds meer inzicht in (het ontstaan van) zeer complexe problemen en stoornissen bij kinderen, maar we weten nog niet altijd welke specifieke behandeling nodig is. Het is daarom belangrijk dat gespecialiseerde centra niet alleen hoog specialistische behandeling bieden maar ook onderzoek doen naar effectieve behandelmethoden. Methoden die het verschil maken. Zodat we steeds minder jeugdigen hebben die 'terugvallen' of op weg zijn om 'draaideur-cliënt' te worden. Bestaande (standaard) behandelmethoden zijn vaak niet toereikend, gespecialiseerde methodieken zijn nog in ontwikkeling of zijn nog onvoldoende onderzocht m.b.t. tot effectiviteit en duurzaamheid.

De vraag naar de effectiviteit van jeugdhulp is juist relevant voor de meest 'problematische kinderen'. Bij ernstige en complexe problemen is het van groot belang om goed onderbouwde zorg te kunnen bieden. Bij deze kinderen/jeugdigen is het immers vaak een kwestie van 'nu of nooit'. De gevolgen van jeugdhulp die niet-aan-de-maat-is, zijn heel ernstig. Niet alleen voor de jeugdige maar ook voor de samenleving. (Hoog) gespecialiseerde zorg vergt dat er tijd en middelen zijn voor de ontwikkeling van

kwaliteit. Zoals gespecialiseerde ziekenhuizen hun eigen research doen omdat ze zonder dat niet kunnen bestaan. Zo moeten ook gespecialiseerde voorzieningen in ons zorglandschap dat doen, soms in affiliatie met onderzoekscentra. Het is belangrijk dat onderzoek en kwaliteitsontwikkeling breed en integraal plaatsvindt, en het hele veld beslaat. Omdat academische centra voor kinder- en jeugdpsychiatrie weliswaar eenzijdig gericht zijn op de specialistische GGZ, zijn zij slechts een van de gebieden die aandacht verdienen.

Ten slotte, het is moeilijk om ervaring en kennis op te bouwen als kinderen en jongeren met specifieke problemen en stoornissen verspreid zijn over een groot aantal instellingen. Ook daarom zijn gespecialiseerde centra van belang.

Noodzaak van *high intensive care & high secure high safety* bij de meest complexe problematiek

Er is geen exacte definitie of afbakening te geven van de groep kinderen die zeer specialistische zorg nodig heeft. Er is sprake van meervoudige kwetsbaarheden, meervoudige problemen en ernstige gezinsproblematiek. Deze gaan steeds samen met specifieke problemen, zoals anorexia, loverboyproblematiek, een (reactieve) hechtingsstoornis, meervoudige trauma's et cetera. De problematiek van deze kinderen kenmerkt zich door een combinatie van een hoog risico op herhaling (high Risks); hoge complexiteit en daardoor veel zorgvragen (high Needs); en (aanvankelijk) weinig behandelmotivatie (low Responsivity) (RNR kenmerken).

Door de lage behandelmotivatie (de ervaring heeft geleerd dat volwassenen niet te vertrouwen zijn of toch niet helpen ...) zijn deze kinderen geneigd zich te onttrekken aan de behandeling en aan het toezicht van volwassenen. Er is een hoog risico dat zij van huis weglopen of weglopen uit de instelling. Daarnaast kunnen anderen er belang bij hebben een kind aan het toezicht van volwassenen of de hulpverlening te onttrekken: criminelen zoals loverboys en mensenhandelaren schuwen daarbij weinig middelen.

Dit brengt met zich mee dat er niet alleen sprake moet zijn van 'high intensive care' maar ook van 'high secure high safety'. Omdat dwang en opsluiten in de regel de motivatie voor behandeling en het effect van behandeling ernstig vermindert, dient deze 'high secure high safety' met zo min mogelijk dwang te geschieden. Of, met andere woorden, kindvriendelijke vormen van veiligheid en bescherming.

Veiligheid en bescherming hebben niet alleen betrekking op dreiging van buiten, maar ook op de vraag of de leefomgeving van kinderen veilig is. Een veilig en ontwikkelingsgericht leefklimaat is voorwaarde voor behandeling. Dit klinkt misschien simpel maar is één van de moeilijkste uitdagingen voor de (gespecialiseerde) jeugdhulp.

High professionalism is voorwaardelijk voor *high intensive care & high secure high safety*. We zien nu nog vaak dat zorgaanbieders aangeven specialistische zorg te bieden ómdat ze werken met kinderen met een complexe en specialistische zorgvraag. Echter, specialisme kan alleen gedefinieerd worden aan de hand van zorgstandaarden, zorgprogrammering, ervaring met de doelgroep, de kwaliteit van het leefklimaat in de 7x24 uur zorg, de functiemix, het opleidingsniveau en de specialisatie van de professionals (in combinatie met innovatie en onderzoek).

Professionele standaarden zijn (nog) onvoldoende (ontwikkeld)

In de jeugdhulp hoor je mensen vaak verzuchten: in deze sector is iedereen 'zelf uitgeroepen specialist'! We weten doorgaans niet hoe gespecialiseerd een jeugdhulpaanbieder écht is. Bovendien zijn er nog weinig professionele normen of richtlijnen ontwikkeld waardoor het onduidelijk is wie over welke kennis en ervaring beschikt. Ook ontbreken richtlijnen over wanneer een kind/jeugdige wordt doorverwezen naar een meer gespecialiseerd niveau. Indien de juiste zorg op het juiste niveau wordt aangeboden biedt dit ook kansen om mensen beter op te leiden en om de geleverde zorg naar een hoger niveau te tillen.

De transformatie biedt kansen om hier voortvarend mee aan de slag te gaan. Een gevleugelde uitspraak van Johan Cruijff is: "Je ziet het pas als je het door hebt". Dat geldt ook voor de complexe

problematiek van de doelgroep met ongunstige RNR karakteristieken. Hoe krijg je het door? Door ervaring op te doen. Door te werken met deze doelgroep. Door lerende omgevingen te creëren in een hoog specialistische omgeving. En daar moet onderzoek aan gekoppeld worden, het ontwikkelen van richtlijnen et cetera.





Dit kan niet in een vacuüm; er is samenwerking nodig tussen behandelinstellingen, politie, gemeenten maar ook met scholen want naast wijkteams kunnen scholen problemen signaleren, als de samenleving weet waar op te letten en niet wegstijgt.


Het vaststellen van criteria voor (zeer) schaars specialisme, de positionering en financiering hiervan en inrichten proeftuinen

Op grond van bovenstaande is er een hoge urgentie om criteria vast te stellen voor (zeer) schaars (voornamelijk landelijk georganiseerd) specialisme. Soms is dit specialisme maar op één of enkele plekken aanwezig in Nederland. Tevens moet dit (zeer) schaars specialisme helder gepositioneerd worden in het 'zorglandschap jeugd' en in de kennisinfrastructuur. Tot slot zullen er heldere afspraken gemaakt moeten worden over duurzame financiering. Wij stellen voor om op 2 of 3 plaatsen in Nederland proeftuinen in te richten om ervaring op te doen: met het inrichten van heldere verwijzingsstructuren, met de inbedding van het (zeer) schaarse landelijk specialisme in de regionale en lokale infrastructuur en met de rol en positie als kennis- en onderzoekscentra.

ONDERTEKEND DOOR:





Naam	Organisatie	Handtekening
1. Ir. Hein Abeln	Zelfstandig bestuursadviseur Geassocieerd partner bij Twynstra Gudde.	
2. Drs. Marianne van den Anker	Organisatieadviseur Criminoloog Voormalig wethouder Rotterdam	Was getekend
3. Lic. Naima Azough	Speciaal Rapporteur Preventie van extremisme en bevordering van sociale cohesie door jeugd- en onderwijsprofessionals Voorzitter Commissie Aanpak meisjesslachtoffers loverboys/mensenhandel in de zorg voor jeugd Voorzitter Stuurgroep Loverboyslachtoffers (met een licht verstandelijke beperking of psychiatrische problematiek) Voormalig lid Tweede Kamerlid voor Groen Links	
4. Prof.dr. H. Baartman	Emeritus hoogleraar preventie en hulpverlening inzake kindermishandeling Vrije Universiteit Amsterdam	Was getekend
5. Drs. Janet van Bavel	Manager Kinder- en Jeugdtraumacentrum Haarlem Projectleider Academische Werkplaats aanpak Kindermishandeling Projectleider Multidisciplinaire Aanpak Kindermishandeling [MDA++] Kenter Jeugdhulp	Was getekend
6. Bert Bezoen	Directeur / bestuurder Maatschappelijk Werk Fryslân	Was getekend
7. Dr. Iva Bicanic	Hoofd Landelijk Psychotraumacentrum UMC Utrecht Landelijk coördinator Centra Seksueel Geweld	
8. Drs. Taco Bisscheroux	Algemeen directeur / bestuurder Stichting Alterius, school voor speciaal onderwijs [Integraal Zorg en Onderwijs]	



9. Drs. Leo Bisschops	Voormalig wethouder sociaal domein Lid van de adviescommissie Gezondheid en Welzijn van de VNG	Was getekend
10. Prof.dr. Frits Boer	Emeritus hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie AMC Voorzitter Wetenschappelijke Raad Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie Voorzitter Angst, Dwang en Fobiestichting	Was getekend
11. Prof.dr. Jo Caris	Bijzonder hoogleraar Organisatie ontwikkeling in de zorg Tias Business School Tilburg University	
12. Prof.dr. René Clarijs	Hoogleraar Jeugdzorg en Jeugdbeleid RANEPa University St. Petersburg Rusland	Was getekend
13. Ingrid Couperus	Kwaliteitsmanager Fier	
14. Mr. Corinne E. Dettmeijer – Vermeulen	Voormalig Nationaal Rapporteur Mensenhandel en Seksueel Geweld tegen Kinderen Voormalig kinderrechter	Was getekend
15. Drs. Anke van Dijke	Lid Raad van Bestuur Fier, expertise- en behandelcentrum op het terrein van geweld in afhankelijkheidsrelaties	
16. Desirée van Doremalen	Oudervereniging Ouderkracht voor het kind	Was getekend
17. Dr. Ir. John van Eijndhoven	Voormalig voorzitter Raad van Toezicht Fier Voormalig lid Raad van Bestuur Zorggroep Noorderbreedte (Medisch Centrum Leeuwarden (MCL en een aantal verpleeg- en verzorgingshuizen)	Was getekend
18. Ing. Roos M. van Erp – Bruinsma CRM	Voorzitter Raad van Toezicht Fier Voormalig voorzitter Raad van Bestuur Franciscus Gasthuis Voormalig secretaris-generaal Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties	


19. Prof. Dr. Catrin Finkenauer	Professor of Interdisciplinary Social Science: Youth Studies Utrecht University	Was getekend
20. Jannie Fritsma	Systeemtherapeut Voorzitter Ondernemingsraad Fier	
21. Michele Garnier	Dean Academie voor Sociale Studies Hanzehogeschool Groningen Voorzitter Vereniging Sectoraal Adviescollege Hogere Sociale Studies Vereniging Hogescholen	
22. Dr. Dorien Graas	Lector Jeugd Kenniscentrum Gezondheid & Welzijn Hogeschool Windesheim	
23. Gerda de Groot	Projectleider Centrum Seksueel Geweld Friesland senior beleidsmedewerker Fier	Was getekend
24. Hans Guyt	Head Special Programmes & Campaigns Terre des Hommes Nederland	Was getekend
25. Wietze de Haan	Raadslid Gemeente De Fryske Marren	
26. Drs. Sisca van der Hell	Manager behandelzaken Psycho Trauma Centrum kind en jeugd bij GGZ Rivierduinen	Was getekend
27. Dr. Peer van der Helm	Lector residentiële jeugdzorg bij het Expertisecentrum Jeugd Hogeschool Leiden Werkzaam bij Programme Group 'Forensic Child and Youth Care Faculteit der Maatschappij en Gedragwetenschappen Universiteit van Amsterdam Hoofd onderzoeksgroep Fier	Was getekend
28. H.O.P.E <i>Fictieve naam i.v.m. veiligheid</i>	Voorzitter Cliëntenraad Fier, Expertise- en behandelcentrum op het terrein van geweld in afhankelijkheidsrelaties	Was getekend
29. Drs. Ina H.R. Hut	Directeur / bestuurder CoMensha, landelijk Coördinatiecentrum tegen Mensenhandel	Was getekend
30. Mr. J. Idsardi	Raadsheer	Was getekend
31. M.A.J. (Marian) Jager-	Lid dagelijks bestuur Wetterskip Fryslân	Was getekend

Wöltgens	<p>Toezichthouder in de zorg</p> <p>Voormalig gemeenteraadslid, voormalig wethouder, voormalig statenlid, voormalig waarnemend burgemeester</p>	
32. Dr. Janine Janssen	<p>Lector Veiligheid in Afhankelijkheidsrelaties Avans Hogeschool</p> <p>Hoofd onderzoek Expertisecentrum Eer Gerelateerd Geweld Nationale Politie</p>	
33. Drs. L. (Heleen) Jumelet	<p>Directeur domein Gezondheidszorg, Sport & Bewegen en Welzijn Hogeschool Inholland</p> <p>Voormalig voorzitter van diverse ZonMW programma's</p> <p>Voormalig directeur Stichting Alexander, onderzoeksinstituut voor participatief onderzoek</p>	
34. Drs. W.F.J.M. Juurlink	Lid Raad van Bestuur Zorggroep Alliade	
35. Janna van der Kamp RA MBA	<p>Toezichthouder in de (jeugd)zorg</p> <p>Voormalig IT manager bij Achmea</p>	Was getekend
36. Mr. W.J.B. (Warner) ten Kate	Namens de officieren van justitie belast met de aanpak van mensenhandel in Nederland	 W. J. B. ten Kate
37. Annemiek de Klein	Directeur Buurtzorg Jong Buurtzorg Nederland	Was getekend
38. Drs. Jantien Kuperus	Bestuurder SJSJ en Stichting Almoss [Justitiële Jeugdzorg en Gesloten Jeugdzorg/JeugdzorgPlus]	Was getekend
39. Prof.dr. Toine Lagro-Janssen	<p>Emeritus hoogleraar Gender & Women's health [Vrouwenstudies] Medische Wetenschappen Radboud UMC</p> <p>Hoofd Centrum Seksueel Geweld Gelderland-Zuid en -Midden</p>	
40. Dr. A. (Esmah) Lahlah	<p>Lector Integrale Aanpak Kindermishandeling Hanzehogeschool Groningen</p> <p>Onderwijsdirecteur Master Victimology & Criminal Justice en universitair victimologie en ontwikkelingspsychologie bij INTERVICT Tilburg Law School</p>	

41. Prof.dr. Francien Lamers – Winkelman	Emeritus hoogleraar preventie en hulpverlening inzake kindermishandeling Vrije Universiteit Amsterdam Voormalig directeur Kinder- en Jeugdtraumacentrum Haarlem	Was getekend
42. Drs. J.P. (Jan) Laurier	Voorzitter branchevereniging Federatie Opvang	
43. Arno Lelieveld	Bestuurder Jeugdbescherming Gelderland	
44. Ir. Thijs Malmberg	Toezichthouder in de (jeugd)zorg Voormalig directeur Jeugdbeleid bij VWS Voormalig directeur Sociaal Beleid bij VWS	Was getekend
45. Reino Meinema	Register mediator in o.a. familiezaken en bijzondere curator Jeugdzaken vanuit Meinema Mediation	Was getekend
46. Drs. D.M.J.J. (Diana) Monissen	Voorzitter raad van bestuur Prinses Máxima Centrum voor kinderoncologie	
47. Rob de Munck	Bestuurder Gezinshuis.com	Was getekend
48. Shirin Musa	Directeur Femmes for Freedom Defending Girls and Women's Rights	Was getekend
49. Tjeerd Nijboer	Directeur / Bestuurder Pi-groep [een maatschappelijke organisatie voor de geestelijke gezondheid en integratie in Friesland, Flevoland, Groningen en Drenthe]	
50. Jeannette Nijland	Directeur / bestuurder Regiecentrum Bescherming en Veiligheid [Jeugd- en Gezinsbescherming; Veilig Thuis Friesland] Friesland	
51. Mr.MA Frank Noteboom	Hoofd Centrum tegen Kinderhandel en Mensenhandel Den Haag	

52. Dr. Ferko Öry	Buurtzorg Jong	
53. Anja Pijls	Raad van Bestuur, Xonar [Jeugd- en Opvoedhulp Limburg & Vrouwenopvang en hulpverlening aan vrouwen met en zonder kinderen]	
54. Drs. E. van Pinxteren – Nagler	Kinderarts / sociale kindergeneeskunde Medisch Centrum Leeuwarden [topklinisch ziekenhuis] Medisch-orthopedagogische dagbehandeling [Jeugdzorg Friesland] Multi disciplinaire aanpak kindermishandeling [MDA++]	Was getekend
55. Drs. Marina Reijns	Inhoudelijk directeur Fier, expertise- en behandelcentrum op het terrein van geweld in afhankelijkheidsrelaties [daarvoor 20 jaar werkzaam in de kinder- en jeugdpsychiatrie]	Was getekend
56. Dr. Nol Reverda	Lector Sociale Integratie faculteit Sociale Studies en Educatie Zuyd Hogeschool	Was getekend
57. Drs. Renske Rijlaarsdam	Kinderarts Kindergeneeskunde ZiekenhuisGroep Twente [ZGT] Lid werkgroep preventie kindermishandeling	Was getekend
58. Prof.dr. Corine de Ruiter	Professor forensic psychology Section Forensic Psychology, Clinical Psychological Science Faculty of Psychology and Neuroscience Maastricht University	
59. Marianne Sinot	Algemeen Directeur / bestuurder Regiecentrum Bescherming en Veiligheid [Jeugd- en Gezinsbescherming; Veilig Thuis Friesland] Friesland	
60. Drs. E.J.M.A. (Lian) Smits MMO	Bestuurder Sterk Huis [hulpverlening aan kinderen en jongeren, vrouwen en mannen en gezinnen waarbij veiligheid, zelfstandigheid en ontwikkeling op het spel staan] Tilburg	Was getekend
61. Jan Stuve	Directeur / Bestuurder Connecting Hands [begeleiding, gezinscoach, eerstelijns GGZ, begeleid wonen in een beschermde woonomgeving] Friesland	Was getekend
62. Dr.I.D. Tamrouti – Makkink	Directeur Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie	Was getekend
63. Drs. Linda Terpstra	Voorzitter Raad van Bestuur Fier, expertise- en behandelcentrum op het terrein van geweld in afhankelijkheidsrelaties	

64. Willem Timmer	Commissaris van Politie, Hoofd Landelijk Expertise Centrum Eer Gerelateerd Korps Nationale Politie	Was getekend
65. Cornel Vader	Bestuursvoorzitter Leger des Heils Welzijn- en Gezondheidszorg	Was getekend
66. Drs. Irma van der Veen	Directeur Stichting 180 [Gedragsinterventies en ontwikkelprogramma's voor jongeren bij wie o.m. sprake is van (ernstige) gedragsproblematiek, criminaliteit, achterstand in sociale en morele vaardigheden, verstoorde relaties met ouders/verzorgers, schooluitval en werkloosheid]	Was getekend
67. Dr. Roel Verheul	Voorzitter Raad van Bestuur De Viersprong [GGz specialist in persoonlijkheidsstoornissen en gedragsproblemen; gezinnen, jongeren, volwassenen]	Was getekend
68. Erik Verkaar	Namens Zorgbelang Nederland	Was getekend
69. Prof.dr. R.R.J.M. (Robert) Vermeiren	Hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie, directeur patiëntenzorg en hoofd van de afdeling onderzoek en onderwijs Curium-LUMC Hoogleraar forensische kinder- en jeugdpsychiatrie VUMC Voorzitter NVvP afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie Lid bestuur Kenniscentrum Kinder- en jeugdpsychiatrie	Was getekend
70. Petra Vervoort	Extern vertrouwenspersoon en adviseur omgangsvormen en integriteit , Bureau Strikt	Was getekend
71. Dr. Margreet Visser	Kinder- en Jeugdtraumacentrum Haarlem, Kenter Jeugdhulp Lid initiatiefgroep Trauma Experts	
72. Prof.dr. Jean Pierre Wilken	Lector Participatie, Zorg en Ondersteuning Kenniscentrum Sociale Innovatie Hogeschool Utrecht	Was getekend
73. Prof.dr. Judith Wolf	Hoogleraar maatschappelijke zorg en hoofd van Impuls [onderzoekscentrum maatschappelijke zorg] Radboudumc	

74. Drs. Renate van der Zee	Journaliste en schrijfster, gespecialiseerd in prostitutie, mensenhandel en eergeweld	
75. MBA MSW Ronald Zoutendijk	Voorzitter Raad van bestuur Siriz [ondersteuning en zorg aan meisjes en vrouwen die onbedoeld of ongewenst zwanger zijn & preventie]	Was getekend
76. Bas Zegers	Voorzitter sectie Sociale en Psychosociale Kindergeneeskunde (SSPK) van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK)	Was getekend

1. Jeugdbranches maken onderscheid in drie vormen van jeugdhulp

De jeugdbranches (Jeugdzorg Nederland, GGZ Nederland, VGN en VOBC) stellen een ordening voor van jeugdhulp naar de mate waarin het wordt geleverd (m.a.w. vanuit de ondersteuningsvraag): basis jeugdhulp die dichtbij huis wordt geleverd, specialistische hulp die veel voorkomt en specialistische hulp die weinig voorkomt.

Basisjeugdhulp

- De basis jeugdhulp wordt zo dichtbij huis als mogelijk geboden en vormt het grootste deel van het aantal jeugdigen in de jeugdhulp.
- Het bestrijkt onder meer preventieve en ambulante jeugdhulpverlening, triage, inschatting, algemene vormen van opvoed- en gezinsondersteuning, ondersteuning bij emotionele en gedragsproblemen, veiligheid en spoedzorg.
- Ook kan het (enkelvoudige) specialistische hulp, doorlopende ondersteuning bij duurzame problematiek, ondersteuning bij zelfredzaamheid en de nazorg van (complexere) specialistische hulp betreffen. Of hulp uit andere onderdelen van het sociaal domein.

Specialistische veelvoorkomende jeugdhulp

- De specialistische hulp die veel voorkomt (breed complex) kan vaak goed in de regio worden geleverd. Het betreft hulp voor jeugdigen en gezinnen met ontwikkelings-, gedrags- en/of psychiatrische problemen, en/of ouders met ernstige opvoedproblemen.
- De intensieve ondersteuning is er op gericht om jeugdige en gezin in de eigen omgeving te laten participeren. Onder breed complexe specialistische jeugdhulp kan bijvoorbeeld worden verstaan:
 - poli (hoogfrequent, lage kosten)
 - jeugd FACT (Flexible Assertive Community Treatment)
 - WAC (Wraparound Care)
 - thuishulp ter preventie van opname en/of UHP
 - spoedzorg overdag
 - beoordeling van ontwikkelingsstagnatie en veiligheid
 - langdurig community base verblijf (b.v. pleegzorg, gezinsvervangend)

Specialistische weinig voorkomende jeugdhulp

- Het gaat om alle hulp die noodzakelijk kan zijn, maar die te weinig voorkomt om voldoende hoogwaardig en tegen acceptabele kosten regionaal aan te bieden.
- Hoewel deze zorgvormen vragen om een (boven)regionale organisatie, wordt ook hier gestreefd naar een zo lokaal en gezinsgericht mogelijke zorg.
- Het betreft intramurale en zeer intensieve, specialistische, ambulante hulp, waarbij de problematiek (bijna) altijd meervoudig van aard is (vanuit meerdere domeinen). Het gaat vaak om residentiële hulp aan een relatief kleine groep jeugdigen. Bij deze vorm van specialistische hulp kan worden gedacht aan:
 - acute opname, thuis- en crisisinterventie
 - BOPZ
 - Deel van de jeugdverslavingszorg (detox)
 - forensische zorg
 - driemilieuvoorziening
 - regionale Instelling voor Beschermd Wonen
 - Jeugdzorg+

Bron: https://vng.nl/files/vng/201703_handreiking_passende_zorg_bgzj_jeugd.pdf

2. Positionering (zeer) schaarse en voornamelijk landelijk georganiseerde functies

In de geschetste driedeling die de jeugdbranches maken zijn de (zeer) schaarse, voornamelijk landelijk georganiseerde functies, nog onvoldoende gepositioneerd. Het gaat dan onder meer om functies die in het Landelijk Transitie Arrangement Jeugd van de VNG zijn opgenomen en die (soms) maar op één of enkele plaatsen in Nederland worden geboden en daarmee 'schaarser' zijn en op een ander niveau zijn georganiseerd dan de 'specialistische weinig voorkomende jeugdhulp' zoals geformuleerd door de jeugd branches (expertgroep BGJZ) in maart 2017. Te denken valt aan klinieken voor meisjes met eetstoornissen, behandelgroepen voor meisjes die

e het slachtoffer zijn van eengerelateerd geweld en het Kenniscentrum voor chronische vermoeidheid.

De Subcommissie Jeugd van de VNG heeft een drietal criteria gehanteerd om te bepalen welke functies in aanmerking komen voor het Landelijk Transitie Arrangement (LTA) Jeugd:

- i. **Aantal cliënten:** het aantal cliënten is zodanig klein dat het per regionaal samenwerkingsverband van gemeenten moeilijk is om daarvoor een goed aanbod te contracteren waardoor er risico's ontstaan om cliënten goed te bedienen;
- ii. **Ordering van het aanbod:** het aanbod is zodanig landelijk georganiseerd en klein in omvang dat de decentralisatie er toe kan leiden dat er extra hoge transactiekosten en/of administratieve lasten kunnen ontstaan bij het maken van inkoopafspraken.
- iii. **(Zorg)inhoud van het aanbod:** de inhoud van het aanbod is zodanig specialistisch dat de kans op het organiseren van een substituuut op lokaal niveau lastig kan zijn en de drempel voor een aanbieder, om dit als nieuwe dienst aan te gaan bieden, hoog is.

Jeugdhulpaanbieders van schaarse specialistische functies hebben vaak een gemengd aanbod (bieden bijvoorbeeld zowel eerstelijns als derdelijns GGZ). Het gaat bij de landelijke functies niet over instellingen, maar over bepaalde typen specialistische zorg (functies) die instellingen aanbieden. Deze zijn ondergebracht in zes categorieën:

- i. Specialistische functies binnen jeugdzorg plus;
- ii. Specialistische functies binnen de GGZ, zoals eetstoornissen en GGZ voor doven en slechthorenden;
- iii. Expertise en behandelcentra op het terrein van geweld in afhankelijkheidsrelaties (eengerelateerd geweld/slachtoffers van loverboys);
- iv. Jeugd sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt (j-sglvg).
- v. Gespecialiseerde diagnostiek, observatie en exploratieve behandeling aan (L)VB jeugd GGZ met bijkomende complexe problematiek.
- vi. Forensische jeugdzorg: inzet van erkende gedragsinterventies gericht op het verminderen van de recidive bij schorsing voorlopige hechtenis, voorwaardelijke veroordeling of gedragsmaatregel.

De VNG heeft indertijd aangegeven dat het landelijk transitiearrangement een tussenstap is om te komen tot landelijke afspraken voor schaarse en voornamelijk landelijk georganiseerde functies. Het is van belang deze functies duidelijk te positioneren in het zorglandschap voor jeugdhulp.

Bron: https://vng.nl/files/vng/publicaties/2015/20131031_landelijk_transitiearrangement_jeugd_2015.pdf

Bijlage 2 – De casus ‘slachtoffers loverboys’

In het licht van deze *position paper* werken we kort een casus uit: ‘slachtoffers loverboys’.

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd bracht eind maart het rapport ‘De kwaliteit van de gespecialiseerde jeugdhulp aan slachtoffers van loverboys’ uit. Het is de *overall* rapportage van de resultaten van het onderzoek naar de gespecialiseerde jeugdhulp aan (vermoedelijke) slachtoffers van loverboys. De inspectie concludeert dat de meeste onderzochte jeugdhulpaanbieders kwalitatief goede gespecialiseerde hulp bieden aan (vermoedelijke) slachtoffers van loverboys.

De Inspectie maakt zich echter zorgen over de werking van het jeugdhulpstelsel (in lijn met de knelpunten die in deze *position paper* zijn beschreven).

- Hulpverleners verwijzen slachtoffers nog onvoldoende door naar gespecialiseerde jeugdhulp. Dit hangt samen met de beperkte bekendheid van het beschikbare aanbod van gespecialiseerde hulp voor deze slachtoffers. Het is van belang dat gemeenten weten wie gespecialiseerde aanbieders zijn en waar hun aanbod uit bestaat.
- Gemeenten staan voor een grote uitdaging om de doorverwijzing van slachtoffers te organiseren naar (boven)regionale en/of landelijke specialistische jeugdhulp voor slachtoffers van loverboys. Het is volgens de inspectie van groot belang dat er een landelijk dekkend aanbod komt van gespecialiseerde jeugdhulp. De inspectie roept gemeenten, VNG en VWS op om voor dit aanbod te zorgen en om dit een plek te geven in het programma Zorglandschap Jeugdhulp (van de VNG en branches met ondersteuning van VWS).

Naar aanleiding van het inspectierapport schrijft minister Hugo de Jonge aan de Tweede Kamer onder meer:

“Naast het positieve beeld benoemt de inspectie ook enkele zorgen en uitdagingen.

- De inspectie geeft aan dat op dit moment de slachtoffers nog onvoldoende worden gesignaleerd.
- Hulpverleners verwijzen slachtoffers nog onvoldoende door naar gespecialiseerde jeugdhulp. Dit hangt samen met de beperkte bekendheid van het beschikbare aanbod van gespecialiseerde hulp voor deze slachtoffers. Het is van belang dat gemeenten weten wie gespecialiseerde aanbieders zijn en waar hun aanbod uit bestaat.
- Gemeenten staan voor een grote uitdaging om de doorverwijzing van slachtoffers naar (boven)regionale en/of landelijke specialistische jeugdhulp voor slachtoffers van loverboys te organiseren. Het is volgens de inspectie van groot belang dat er een landelijk dekkend aanbod komt van gespecialiseerde jeugdhulp. De inspectie roept gemeenten, VNG en VWS op om voor dit aanbod te zorgen en om dit een plek te geven in het programma Zorglandschap Jeugdhulp (van de VNG en branches met ondersteuning van VWS).
- De inspectie vindt dat voor deze kwetsbare doelgroep een trajectbenadering het meest geschikt is. Hun complexe problematiek vraagt om een langere behandelduur dan de relatief kortdurende machtigingen gesloten jeugdhulp waarmee de aanbieders van gesloten jeugdhulp geconfronteerd worden. Dit zorgt ervoor dat behandelingen niet altijd kunnen worden afgemaakt, en dat jongeren die weten dat zij voor een kortere tijd binnen de gesloten instelling verblijven minder gemotiveerd zijn om via deze behandeling aan hun problematiek te werken. Bij een trajectbenadering worden jeugdigen indien nodig, eerst gesloten behandeld en daarna in open setting. Deze benadering vraagt om goede samenwerking tussen verwijzers en jeugdhulpaanbieders. Maar ook om een nauwe samenwerking tussen de jeugdhulpaanbieders onderling. De inspectie roept alle partijen op om hier naartoe te werken.”

Tot slot is het verbeteren van signalering van slachtoffers van loverboys een belangrijk punt. De Jonge schrijft:

“Twee van de 13 geïnventariseerde instellingen die specialistische hulp bieden, Fier en Sterk Huis (voorheen Kompaan en De Bocht) vervullen een landelijke functie en zijn opgenomen in het landelijke transitiearrangement Jeugd, als aanbieders met gespecialiseerde jeugdhulp voor slachtoffers van loverboys. Gemeenten kunnen via een raamcontract van de VNG bij deze instellingen hulp inkopen. De overige geïnventariseerde instellingen vervullen (boven)regionaal een rol. Ik wil met gemeenten en aanbieders afspraken maken over betere doorverwijzing naar hulp voor slachtoffers van loverboys in het kader van het Zorglandschap Jeugdhulp.”

“Samenwerking tussen jeugdhulpinstellingen is nodig om te komen tot de door de inspectie genoemde trajectbenadering. Zorginstellingen voor gesloten en open jeugdhulp roep ik daarom op om hier werk van te maken en gezamenlijk trajecten voor slachtoffers op te zetten.”



Fier
T.a.v. mevr. A. van Dijke en mevr. L. Terpstra
Postbus 1087
8900 CB LEEUWARDEN

Postbus 312
8901 BC Leeuwarden
Tesselschadestraat 2
Leeuwarden
Tel: 058 233 37 77
Fax: 058 233 35 25

info@regiecentrumbv.nl
www.regiecentrumbv.nl

Datum 13 april 2018
Betreft Position paper

Uw kenmerk
Ons kenmerk 18 071

Geachte mevrouw van Dijke en mevrouw Terpstra, Beste Anke en Linda,

We onderschrijven jullie position paper van harte. We hopen dat met dit position paper er een krachtig signaal aan de politiek en VWS wordt afgegeven en dat er serieus gekeken gaat worden naar de inrichting van het zorglandschap. Onze jeugdbeschermers en Veilig Thuis medewerkers worden regelmatig geconfronteerd met hiaten in het zorglandschap als het gaat om zeer specialistische zorg.

Vanuit de werksoorten Jeugdbescherming en Veilig Thuis willen we graag aanvullend op de position paper een aantal punten meegeven.

Bij Veilig Thuis Friesland komen jaarlijks 3.000 meldingen van kindermishandeling en huiselijk geweld binnen. In 40% van de meldingen gaat het om een her-melding. In het land zijn de cijfers van de her-meldingen niet anders. Na bemoeienis van Veilig Thuis wordt er ondersteuning of hulp ingezet. Met de huidige inrichting van het zorglandschap, die weinig tot niet gericht is op inter-generalistische problematiek, zien we dat het geweld of mishandeling niet ophoudt.

Ook in de Multidisciplinaire Aanpak op Kindermishandeling en Huiselijk Geweld, waar we met diverse partners en het gezin het plan van aanpak maken en het gezin blijvend volgen, lopen we tegen de grenzen van het zorgaanbod aan.

Nog meer is dit het geval bij Jeugd- en gezinsbescherming, waar we werken met jeugdigen en gezinssystemen in het gedwongen kader. In die gezinnen is de inzet van "juiste" zorg veelal mislukt en is er vanuit een ondertoezichtstelling vraag naar nog gespecialiseerdere zorg om de jeugdige iets van een "volwaardige" toekomst te bieden. Dagelijks lopen gezinsvoogden aan tegen de grenzen van het zorgaanbod. De zeer specialistische instellingen zijn verdwenen of vol.

De transitie van de Jeugdzorg naar gemeenten en de transformatie op meer inzet preventief zou effect hebben op de instroom naar de GI's Jeugdbescherming en Jeugdreclassering. De werkelijk is anders: geen dalende instroom; meer zeer spoedeisende zaken (VOTS); complexere problematiek waarin juist de vraag naar zeer

1-2

Grip op veilig leven
Regiecentrum Bescherming en Veiligheid bestaat uit de onderdelen Jeugd- en Gezinsbescherming
en Veilig Thuis (voorheen Advies- en Meldpunt Kindermishandeling en Advies- en Steunpunt Huiselijk Geweld)

specialistische zorg groter wordt. Dat geldt niet alleen voor Friesland, maar voor de gehele Jeugdbescherming in Nederland.

Het zijn voorbeelden waar we in de praktijk tegenaan lopen en die ons grote zorgen baren.

Met vriendelijke groet,

Raad van Bestuur / directie Regiecentrum Bescherming en Veiligheid

Marianne Sinot
Jeapette Nijland