

**COMBINATIES VAN ZORG BIJ JEUGDIGEN
BIJLAGENRAPPORT- DEEL III
DOSSIERONDERZOEK**

PREVENTIEF VERMOGEN EN EFFECTIVITEIT VAN DE JEUGDZORGKETEN

Den Haag, 20 april 2009

COLOFON

Projectnummer: 26032

Auteurs: Carlo Hover
Peter van der Loos

B&A Consulting bv
Prinses Margrietplantsoen 87
Postbus 829
2501 CV Den Haag

t 070 - 3029500
f 070 - 3029501

e-mail: info@bagroep.nl
http: www.bagroep.nl

© Copyright B&A Groep 2009.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

B&A is gevestigd in Den Haag, Deventer, Amsterdam.

20-4-2009 15:53:00

INHOUDSOPGAVE

1	Leeswijzer	5
2	Onderzoeksdoel en verantwoording	7
2.1	Onderzoeksdoel	7
2.2	Onderzoeksverantwoording	8
2.3	Verslaglegging	9
2.4	Bruikbaarheid dossiers	9
2.5	Formuleren van conclusies	10
3	Conclusies op basis van de expertmeeting	11
3.1	Inleiding	11
3.2	Kenmerken van jeugdigen die combinaties van zorg gebruiken	11
3.3	Archetypes van zorgcombinatie	14
3.4	<i>Cure of care</i> ?	16
3.5	Hordeloop van oplopende zorgintensiteit	17
3.5.1	Hoge toegangsdrempels	18
3.5.2	Te laat, te licht, te kort ...	18
3.5.3	Drie scenario's	19
3.5.4	Specialistische deskundigheid wordt te laat ingezet	19
3.6	Ontbreken van regie en synergie	20
3.6.1	Bureau Jeugdzorg kan zijn regiefunctie maar beperkt waarmaken	20
3.6.2	De gecombineerde zorg is minder dan de som der delen	21
4	Conclusies vraagstelling	23
4.1	Tijdigheid signalering, diagnostiek, indicatie en behandeling	23
4.2	Samenwerking in de zorgketen	26
4.3	Effectiviteit van de zorg	28
4.3.1	De verzuchting	29
4.4	Verbetervoorstellen	30
4.4.1	Van zorgincidentie naar zorgplanning?	30
4.4.2	Omkering van de keten	30
4.4.3	Zorg naar het kind in plaats van andersom	30
4.4.4	Meer behandeling, minder toeleiding	31
	Bijlage 1: Samenstelling expertgroep	33
	Bijlage 2: Bevindingen instellingen en ouderorganisaties	35
	Bijlage 3: 55 jeugdzorgloopbanen	63

1

LEESWIJZER

In opdracht van het ministerie van Jeugd en Gezin onderzoekt B&A de samenhang tussen de verschillende regelingen voor jeugdigen met een zorgvraag, met specifieke aandacht voor combinatiemogelijkheden en het preventief vermogen en de effectiviteit van de jeugdzorgketen. Dit deelrapport omvat de bevindingen uit het derde deel van het onderzoek: een dossieronderzoek om inzicht te geven in het preventief vermogen en de effectiviteit van de jeugdzorgketen.

Hoofdstuk 2 behandelt het onderzoeksdoel en de onderzoeksverantwoording voor het derde gedeelte van het onderzoek.

Hoofdstuk 3 bevat de conclusies op basis van de expertmeetings.

Hoofdstuk 4 geeft in het verlengde daarvan de antwoorden op de onderzoeksvragen.

De rapportage sluit af met een drietal bijlagen:

- Bijlage 1 presenteert de samenstelling van expertgroep die zich gebogen heeft over de bevindingen uit het dossieronderzoek.
- Bijlage 2 geeft een korte beschrijving van de bevindingen per bezochte instelling en korte verslagen van de ouderorganisaties waar mee is gesproken.
- Bijlage 3 bevat de geannoteerde jeugdzorgloopbanen zoals die aan de hand van de 55 onderzochte dossiers zijn opgesteld.

2

ONDERZOEKSDOEL EN VERANTWOORDING

2.1

ONDERZOEKSDOEL

Het onderzoek *Meervoudige zorgvraag van jeugdigen* kent drie doelen:

1. Het analyseren van de samenhang tussen de verschillende regelingen voor jeugdigen met een zorgvraag.
2. Het verkrijgen van inzicht in de trends in het gelijktijdig dan wel volgtijdige gebruik van verschillende voorzieningen voor jeugdigen met een zorgvraag, met een duiding van de gegevens naar achtergrondkenmerken van de gebruikers.
3. Inzicht in het preventief vermogen en de effectiviteit van de jeugdzorgketen.

Het onderzoek omvat de volgende regelingen:

1. Provinciale jeugdzorg.
 2. Jeugd-ggz.
 3. Jeugd-lvg.
 4. Justitiële Jeugdzorg / gesloten jeugdzorg.
 5. Wet arbeidsongeschiktheidsvoorziening jonggehandicapten (Wajong).
 6. Speciaal onderwijs.
 7. Persoonsgebonden budgetten (PGB's) in de AWBZ en Zorgverzekeringswet.
 8. Tegemoetkoming Onderhoudskosten Thuiswonende Gehandicapte kinderen (TOG).
- Al deze regelingen worden gedetailleerd beschreven in een separate rapportage.

Ten behoeve van het derde onderzoeksdeel, waar deze rapportage zich op concentreert, staat de volgende vraag centraal: in hoeverre is de ingezette zorg, de regeling waarvan gebruik wordt gemaakt, effectief en in hoeverre worden problemen vroegtijdig aangepakt voordat verergering plaatsvindt (preventie)?

Als deelvragen zijn geformuleerd:

- Is sprake (geweest) van een tijdige signalering?
 - Welke tijd is verstreken tussen het ontstaan van het probleem en de signalering door de vindplaats?
 - Zijn tijdig preventieve maatregelen genomen?
 - Indien preventie niet gewerkt heeft, is tijdig doorverwezen?
 - Welke tijd is verstreken tussen doorverwijzing, indicering en start van de behandeling?
- In hoeverre werken instellingen in de zorgketen samen?
 - Volgtijdig: wat is de kwaliteit van de schakels in de keten, is sprake van een ononderbroken keten van signalering, indicering en zorg?

- Gelijktijdig: bij complexe zorgvragen, worden alle aspecten van de problematiek (de individuele jeugdige, het gezin, de omgeving) gelijktijdig en doeltreffend aangepakt?
- Is de aangeboden zorg effectief?
 - Is sprake van een passend aanbod, de juiste zorg?
 - Wordt de juiste zorg tijdig geboden?
 - Is de zorg effectief, worden problemen opgelost, is sprake van verbetering, wordt verergering van de problematiek stopgezet, wordt de zelfredzaamheid vergroot?

2.2 ONDERZOEKSVERANTWOORDING

Het onderzoeksvoorstel vat de vraagstelling voor dit onderzoeksdeel als volgt samen: “Wanneer we kijken naar de carrière van jeugdigen in het totale jeugdzorgveld kunnen we ons de vraag stellen of de aanwending van de zorgtrajecten nuttig is geweest. Hebben de combinaties van zorg het beoogde effect gehad?”

Er is voor gekozen om deze onderzoeksvraagstelling met behulp van dossieronderzoek te beantwoorden. Het dossieronderzoek dient er toe om een beter beeld te krijgen van achtergronden, contexten en mechanismen die bepalend (kunnen) zijn voor de aard en mate van het gebruik van diverse regelingen en voor de aard en mate van een preventieve en/of curatieve werking.

Het onderzoek richt zich niet op de beoordeling van de adequaatheid of effectiviteit van de verschillende afzonderlijke jeugdzorgtrajecten.

Gegeven de looptijd van het totale onderzoek was het niet mogelijk om de keuze van de cases/dossiers af te leiden uit de bevindingen van het tweede onderzoeksdeel. Daarom zijn de ‘vindplaatsen’ gekozen op basis van de globale spreiding van de jongeren over de verschillende voorzieningen. Bij de selectie van de cases is aan de instellingen gevraagd om cases te selecteren waarbij van (volgtijdige dan wel parallelle) combinatie van vormen van jeugdzorg sprake is. Verder is gelet op een spreiding tussen jongens en meisjes en een spreiding naar leeftijd.

In totaal zijn 55 dossiers onderzocht. Gegeven de beschikbare tijd en middelen, is er geen statistische betrouwbare representatieve steekproef uit de totale populatie getrokken. Statistische betrouwbaarheid is ook niet het uitgangspunt; het gaat er om, op exemplarische wijze, de kwantitatieve empirie uit het tweede onderzoeksdeel inhoudelijk in te kunnen kleuren.

De spreiding van de cases over de regelingen en instellingen wordt gepresenteerd in tabel 2.1. Naast het dossieronderzoek is ook gesproken met een tweetal ouderorganisaties. Het gaat om de werkgroep Forensische Zorg van Balans en de bestuurscommissie Zorg en Welzijn van de NVA. De gesprekken met deze groepen zijn als bijzonder waardevol ervaren. Hoewel deze groepen in zekere zin hun verenigingen representeren, kan niet zonder meer aangenomen worden dat zij representatief geacht kunnen worden voor ‘de’ ouders.

Tabel 2.1 Spreiding cases naar vindplaats

Regeling	Aantal bezochte instellingen	Aantal cases op instelling	Aantal regelingen
Provinciale jeugdzorg	2	9	39
Jeugd-ggz	4	26	45
Jeugd-lvg	1	5	7
JJI/gesloten jeugdzorg	0	0	3
Wajong	0	0	0
Speciaal onderwijs	2	15	38
PGB	0	0	8
TOG	0	0	2
Totaal	9	55	142

Toelichting: *Aantal cases* verwijst naar het aantal dossiers van jeugdigen in de desbetreffende instelling die bezocht is. M.a.w. toegerekend naar een instelling zijn alleen de cases die op de desbetreffende instelling onderzocht zijn. *Aantal regelingen* verwijst naar het aantal regelingen dat op enig moment in de 'jeugdzorgloopbaan' van de cases is aangetroffen.

Er is sprake van een adequate spreiding van de regelingen over de cases (of omgekeerd), met dien verstande dat het aantal cases waarbij sprake is van een PGB of van TOG relatief klein is. Dat hangt samen met het feit dat daarop in de meeste gevallen niet gericht gezocht kan worden. Het is ook lang niet altijd opgenomen in de dossiers.

2.3 VERSLAGLEGGING

Tijdens de bezoeken zijn de dossiers doorgenomen en zijn de onderzoeksthema's aan de orde gesteld naar aanleiding van de besproken cases. Op basis daarvan is een korte beschrijving opgesteld, die is opgenomen in bijlage 2. Deze is ter verificatie voorgelegd aan de gesprekspartners.

Van elke case is een visuele uitwerking opgesteld in de vorm van een 'jeugdzorgloopbaan', een tijdlijn met beknopte toelichtingen. Deze zijn alle aan het eind van deze rapportage opgenomen.

Deze geeft, op één A-4, in een oogopslag een algemeen beeld en omvat per zorgcontact of zorgepisode een beknopte omschrijving.

2.4 BRUIKBAARHEID DOSSIERS

De dossiers geven veel informatie. Toch is de informatie niet altijd volledig. Soms staan er verwijzingen naar voorafgaande trajecten, maar zonder veel concrete informatie. Het is ook aannemelijk dat dossiers soms onvolledig zullen zijn; lang niet alle relevante gebeurtenissen e.d. zullen gedocumenteerd zijn. Een *volledig* beeld geven de dossiers dus niet in alle gevallen. Toch is de indruk dat er zo een – ten behoeve van het onderzoek - *betrouwbaar* beeld verkregen is. Weliswaar zijn de dossiers van de cases niet teruggezocht binnen instellingen waar zij voorafgaand of tegelijkertijd jeugdzorg ontvangen, maar die instellingen (c.q. dat type jeugdzorg/'regeling') zijn wel bezocht (zij het voor andere cases). Dus op een overstijgend niveau is er wel een duidelijk beeld.

Voor veel cases geldt dat het startpunt voor het onderzoek bij verschillende instellingen had kunnen liggen.

Interessant is dat de dossiers ook informatie geven over andere zorgcontacten dan opgenomen in het onderzoek. Geregeld is sprake van logopedie (case 03, 11, 37) of fysiotherapie (case 03, 04, 07, 29); ook opname in een revalidatiecentrum is aangetroffen (case 12) Ook duiken MEE-organisaties vaak op in de dossiers (case 04, 19, 25, 30, 33). Heel verbazend is dat uiteraard niet, maar het is wel goed om daar rekening mee te houden bij de beeldvorming rondom het thema 'combinaties van zorg'. Verder zijn er allerlei 'tussenvormen' die niet onder een van de regelingen vallen, maar vaak wel in combinatie voorkomen. Zo is er in het onderwijs naast het (voortgezet) speciaal onderwijs ook het zogeheten speciaal basisonderwijs (SBao) en in het voortgezet onderwijs het leerwegondersteunend onderwijs en het praktijkonderwijs. Dit zijn kleinschaliger onderwijssettings (kleinere groepen) met een meer orthopedagogische benadering.

2.5 FORMULEREN VAN CONCLUSIES

Op basis van bestudering van de cases zijn door de onderzoekers voorlopige 'bevindingen' geformuleerd; deze zijn vervolgens in een tweetal bijeenkomsten (op 8 en 17 december 2008) voorgelegd aan een team van experts. De samenstelling van de expertgroep is opgenomen als bijlage 1.

In die bijeenkomsten zijn door de experts conclusies geformuleerd. De conceptrapportage daarvan is aan de experts voorgelegd.

In het verlengde van de conclusies van de experts zijn vervolgens de antwoorden op de verschillende onderzoeksvragen geformuleerd en zijn aanbevelingen geformuleerd.

3

CONCLUSIES OP BASIS VAN DE EXPERTMEETING

3.1

INLEIDING

De analyse van de acht regelingen,¹ de 55 casusbeschrijvingen (opgenomen in bijlage 3) en een aantal voorlopige bevindingen daaruit zijn voorgelegd aan een groep experts.²

De vraag in de gesprekken met de experts was om tot (tentatieve) conclusies te komen met betrekking tot de vraagstelling: in hoeverre is de ingezette zorg, de regeling waarvan gebruik wordt gemaakt, effectief en in hoeverre worden problemen vroegtijdig aangepakt voordat verergering plaatsvindt (preventief vermogen)?

Onderstaande conclusies zijn *door de onderzoekers* geformuleerd op basis van de expertmeetings. Het gaat niet om in unanimitieit getrokken conclusies en de conclusies zoals hier opgenomen, geven niet noodzakelijkerwijs de opvattingen en standpunten van elk van de geconsulteerde experts weer.

3.2

KENMERKEN VAN JEUGDIGEN DIE COMBINATIES VAN ZORG GEBRUIKEN

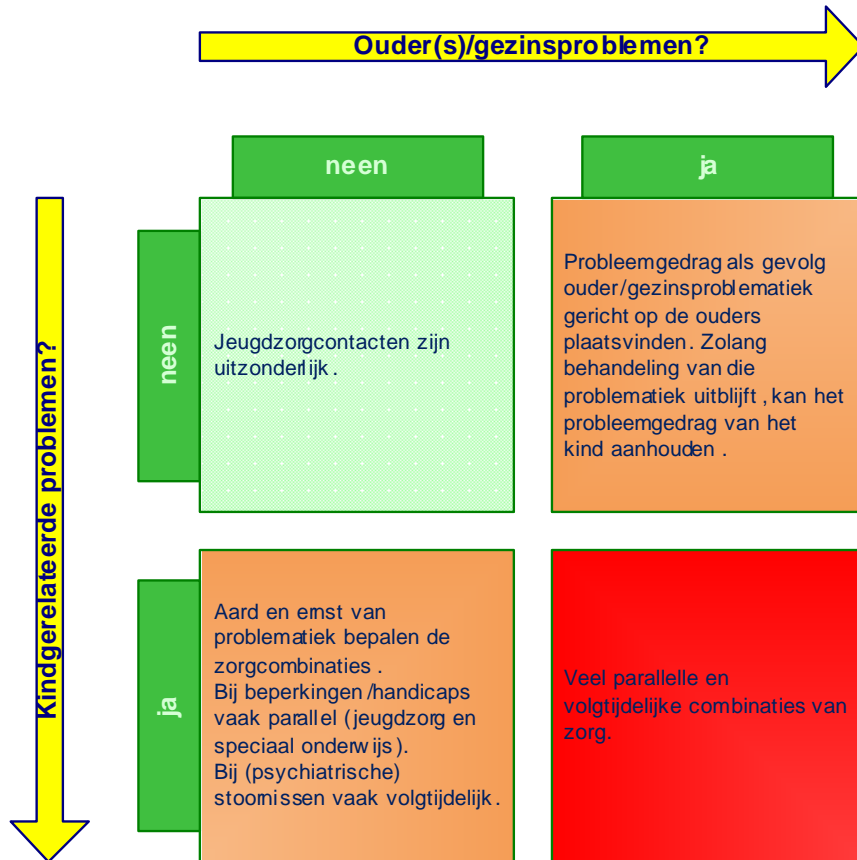
Niet alle kinderen in de jeugdzorg maken gebruik (volgtijdig of gelijktijdig) van meer vormen van zorg. Uit de cases komt naar voren dat een indeling aan de hand van een tweetal dimensies veel kan verklaren:

- Is sprake van gezinsproblemen? Het kan hier gaan om problemen van of tussen de ouders, om opvoedproblemen en dergelijke.
- Is sprake van primair kindgerelateerde problematiek, zoals een beperking of handicap of een psychiatrische stoornis?

Figuur 3.1 gaat in op de interactie-effecten tussen deze twee dimensies: kind- en ouder/gezinsproblematiek.

¹ Deze is opgenomen in een aparte deelrapportage.

² Een lijst met de namen van de experts is opgenomen als bijlage 1. Het bleek niet mogelijk om een gezamenlijke bijeenkomst te organiseren. In totaal hebben, in wisselende samenstelling, vier gesprekken plaatsgevonden.

Figuur 3.1 Combinaties van zorg vanuit twee dimensies gezien

Kijken we naar de cases, dan blijkt het volgende:

- **Kwadrant 'geen kindproblematiek en geen ouderproblematiek'**
Geen van de cases – maar dat ligt ook erg voor de hand – zit in dit kwadrant. Uiteraard zullen kinderen uit dit kwadrant incidenteel wel met (jeugd)zorg te maken kunnen hebben, maar tot combinaties van zorg zal het in de regel niet komen.
- **Kwadrant 'geen kindproblematiek; wel ouderproblematiek'**
Er is eigenlijk geen duidelijke casus uit dit kwadrant; met de kinderen zelf is in alle gevallen ook wel iets aan de hand. Aannemelijk is wel dat in een aantal gevallen verergering van problemen voorkomen had kunnen worden als ouder- of gezinsproblematiek eerder behandeld zou zijn.
Er is sprake van enkele cases waarbij de behandeling zich eigenlijk uitsluitend op de ouders (casus 27) richt. In één van de cases (35) wordt de behandeling van de vader aangegrepen als manier om het kind – dat hulpverlening afwijst – toch in een behandelcontext te krijgen (door het mee te laten komen met vader³).
Dat (een deel van) de oorzaak van de kindproblematiek primair bij de ouders ligt, is – ook als we van erfelijkheid afzien – vaker aan de orde. Dat geldt bijvoorbeeld voor casus 7 (verslavingsbaby) en 14 (adoptiekind).

³ Dit was zo ook afgesproken met de ouders.

- **Kwadrant ‘wel kindproblematiek; geen ouderproblematiek’**
Er zijn maar heel weinig cases waarbij sprake is van twee capabele ouders, c.q. van een ‘gezond’ oudersysteem (case 40, case 34). In die gevallen is eigenlijk alleen de kindproblematiek doorslaggevend voor combinaties van zorg.
- **Kwadrant ‘zowel kind- als ouderproblematiek’**
Het overgrote deel van de cases zit in dit kwadrant.
Uit de cases komt naar voren dat een deel van de hulpverlening zich niet enkel op het kind richt, maar ook op de ouders en soms ook broertjes of zusjes (Cases 26, 27, 28, 47). Deels gaat het daarbij om psycho-educatie en het aanleren van specifieke opvoedvaardigheden, deels gaat het om behandeling van eigen problematiek van ouders, die niet altijd een duidelijke relatie tot de problematiek van het kind heeft, maar dan vaak wel de draagkracht aantast.

Op basis van deze bevinding is al één relevante gevolgtrekking mogelijk. Combinaties van zorg hangen dus samen met een gecombineerde, veelal structurele, problematiek in zowel het kind als in het gezinssysteem. Omdat het om structurele problematiek gaat, ligt het niet voor de hand dat deze ‘opgelost’ of verholpen zou kunnen worden. ‘Stapelning van zorg’ is daarmee feitelijk een ‘logisch’ gevolg.⁴

Een andere conclusie is dat behandeling van het kind in veel gevallen pas effectief kan zijn als ook de ouders behandeld of ondersteund worden. Ouders kunnen effectieve zorg in de weg staan. Om te beginnen is in een aantal gevallen sprake van zorgmijding door ouders (cases 12, 29).⁵ In eerste aanleg impliceert dat weliswaar geen zorgvraag, maar het zorgt wel voor verergering van de problematiek en zo mogelijk voor een grotere zorgvraag op termijn.

Deels in het verlengde daarvan is ondersteuning (in de vorm van bijvoorbeeld psycho-educatie) en (in een aantal gevallen nodige) behandeling van ouders niet altijd mogelijk. Op die manier wordt aan belangrijke ‘instandhoudingfactoren’ niets gedaan, waardoor het kind mogelijk langer c.q. vaker van combinaties van zorg gebruik zal moeten maken.⁶

Bij de impact van de problematiek van ouders kan onderscheid gemaakt worden in een aantal categorieën (in oplopende mate van risico op een zorgloopbaan van het kind):

- Een gezond, stabiel en opvoedvaardig systeem;
- Een systeem dat in principe gezond en stabiel is waarbij de ouders pedagogisch beperkt machtig zijn;

⁴ Of de wijze waarop stapeling in de praktijk plaatsvindt, efficiënt is, is een andere vraag die elders in dit hoofdstuk aan de orde komt.

⁵ Het is overigens van belang daar genuanceerd naar te kijken; niet elke aarzeling of weigering is per definitie zorgmijding. Daarbij speelt ook een rol (zoals in een van de gesprekken ook benadrukt) dat ouders soms weinig tijd gegund wordt om een bepaalde ontwikkeling te verwerken.

⁶ Uiteraard zijn er instrumenten (het opleggen van een maatregel (v)ots of voogdij) om zo nodig ouders in die zin buiten spel te zetten.

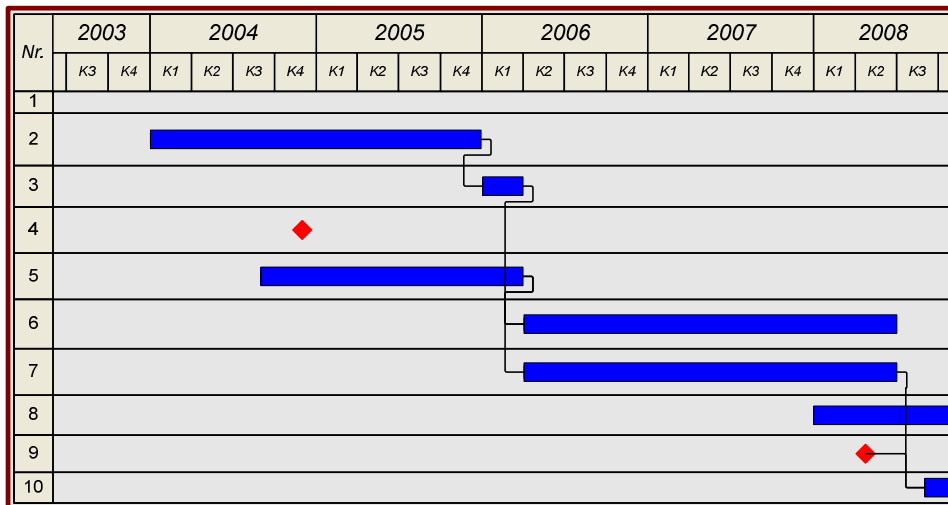
- Problematische of gestoorde communicatie tussen ouders; als specifieke variant zijn gescheiden ouders te noemen; daarbij kan een strijd tussen de partners soms via de kinderen en eventueel ook via bemoeienis met behandeling van kinderen uitgevochten worden;⁷
- Ouders met beperkingen, (psychiatrische) stoornissen of andere problematiek. In die gevallen is de kans dat kinderen ook een stoornis / gedragsproblemen hebben statistisch al relatief groot; daar komen dan nog bij de interactie-effecten tussen de stoornissen van kind en ouder(s).

3.3 ARCHETYPES VAN ZORGCOMBINATIE

Op basis van de cases kan worden vastgesteld dat de verschillende ‘regelingen’ en de desbetreffende voorzieningen specifieke jeugzorgloopbanen te zien geven. Letterlijk voor de beeldvorming tonen we twee uitersten.⁸

Om te beginnen het speciaal onderwijs voor kinderen met een lichamelijke en/of verstandelijke beperking. De loopbanen aldaar zien er uit als in figuur 3.2, met een beperkt aantal gebeurtenissen en vrij stabiele behandeling-, speciaal onderwijs- of zorgtrajecten.

Figuur 3.2 Veel zorg, beperkt aantal combinaties (casus 1)



Legenda:

- behandeling, opname, ondersteuning
- ◆ gebeurtenis, o.a. signalering, indicatiestelling, crisis

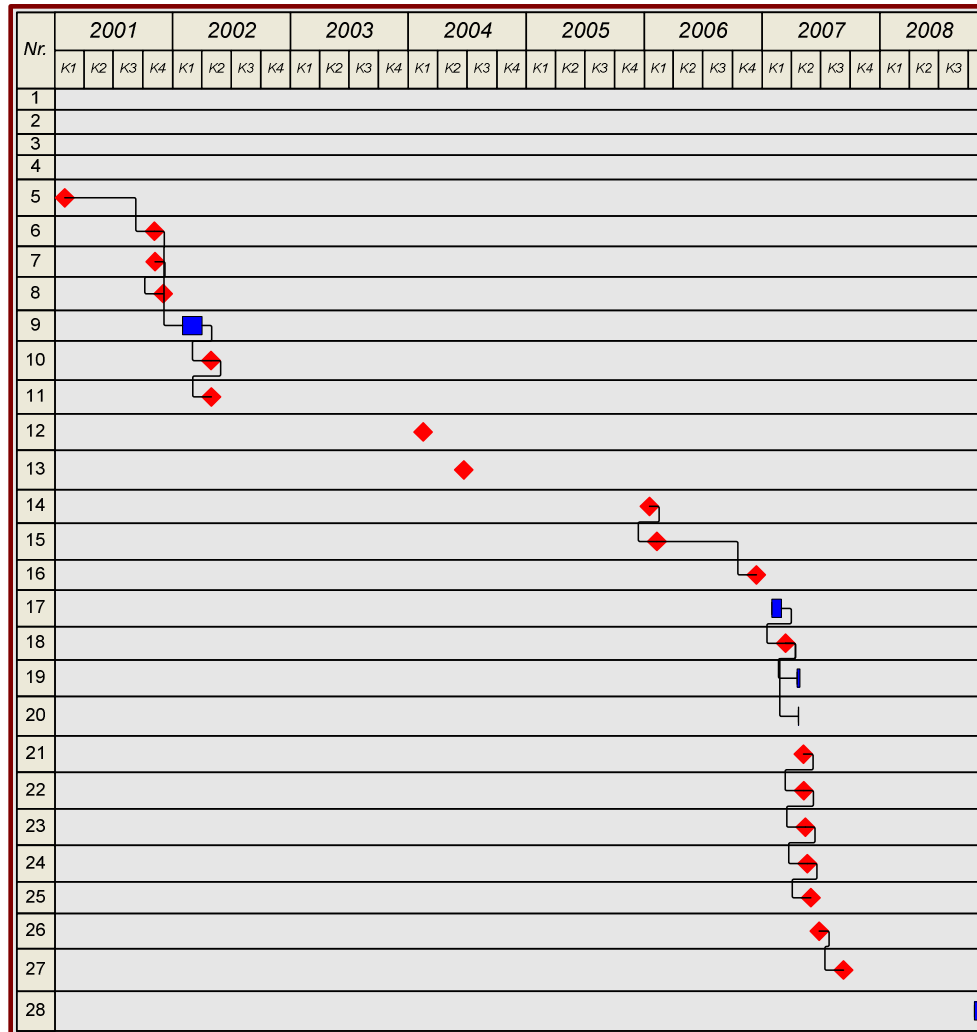
In dit type gevallen wordt feitelijk *blijvend* zorg geboden, vaak ook parallel. Dit past bij het *care*-karakter van de zorgvraag; ook al heeft de geboden zorg dat karakter lang niet altijd. In veel van deze gevallen wordt de meeste continuïteit in de zorg geboden door het speciaal onderwijs.

⁷ Zo is in de gesprekken op de instellingen wel naar voren gekomen dat een van de partners soms niet instemt met behandeling, waardoor er dus niets kan gebeuren.

⁸ Deze worden verder zonder toelichting gepresenteerd; de volledige uitwerking is opgenomen in bijlage 3; het gaat om respectievelijk casus 1 en casus 36.

Omgekeerd kom je gevallen tegen waarbij gebeurtenissen, onderzoek, diagnostiek en dergelijke elkaar kortcyclisch afwisselen, maar er nauwelijks sprake is van een substantiële (in tijd of intensiteit) behandeling; zie figuur 3.3.⁹

Figuur 3.3 Veel schakeling, weinig behandeling (casus 36)



Legenda:

- behandeling, opname, ondersteuning
- ◆ gebeurtenis, o.a. signalering, indicatiestelling, crisis

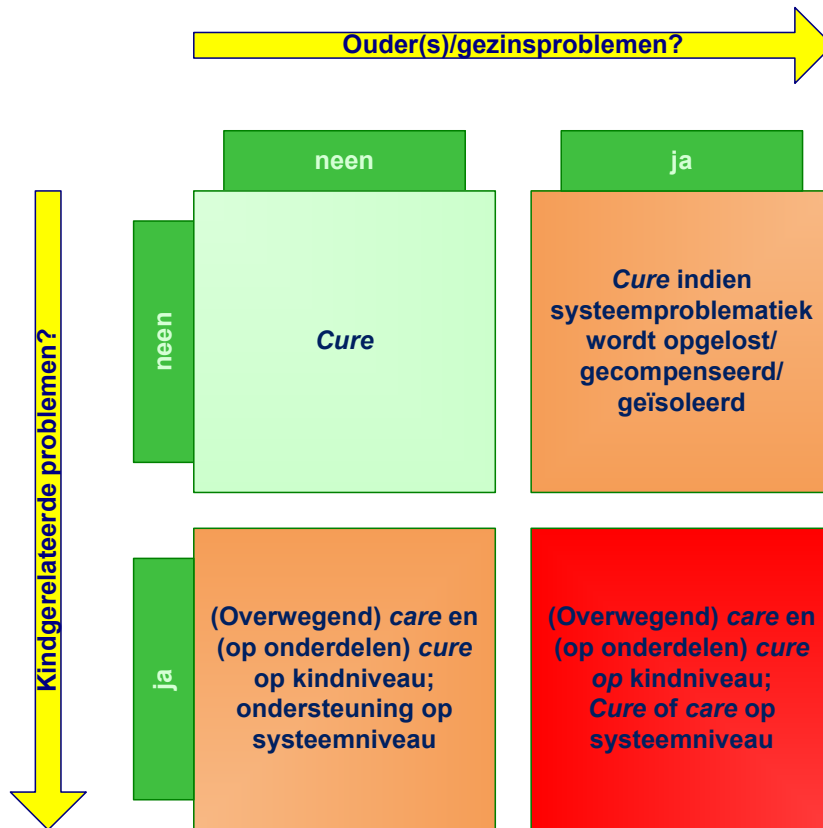
Er is kortom veel verschil tussen (jeugd)zorgloopbanen waar behandeld wordt en (jeugd)zorgloopbanen waar vooral 'geschakeld' wordt.

⁹ De figuur laat nog maar een deel van de geschiedenis zien; de eerste signalering in deze case dateert van 1992. Uiteindelijk (op het peilmoment van het onderzoek) wordt behandeling – in de vorm van 24 uren opname – ingezet.

3.4 CURE OF CARE?

Op basis van het voorgaande benadrukken de experts het onderscheid tussen *cure* en *care*. De gedachte dat alles met *cure* (behandeling) is op te lossen, is lang niet altijd terecht. Vaak is (ook) een vorm van *care* nodig.

Figuur 3.4 Cure en/of care



Voor de cases in de verschillende kwadranten geldt het volgende

- **Kwadrant 'geen kindproblematiek en geen ouderproblematiek'**
Hier zijn geen cases aangetroffen. Voor kinderen of jongeren in dit kwadrant is het echter aannemelijk dat jeugdzorg bij het voorkomen van kortstondige problemen zich kan richten op *cure* of behandeling.
- **Kwadrant 'geen kindproblematiek; wel ouderproblematiek'**
Voor veel jeugdigen in dit kwadrant geldt dat effectieve behandeling van hun problematiek mogelijk is indien en voor zover de problematiek op systeem niveau ook wordt opgepakt. Dat kan daarbij gaan om behandeling (van de ouders), compensatie (bijvoorbeeld opvoedingsondersteuning) of isolatie (het kind tijdelijk weghalen uit de thussituatie om de probleemveroorzakende of -bestendige factoren uit te schakelen¹⁰)

¹⁰ Bij terugplaatsing is er dan overigens weer een grote kans op terugval.

- **Kwadrant ‘wel kindproblematiek; geen ouderproblematiek’**
In de meeste gevallen is *care* nodig. Die zal zich vaak deels moeten richten op de ouders ter versterking van de draagkracht.
Cure of behandeling is vaak slechts tijdelijk zinvol; echte behandeling (in de zin van de beperking, handicap of stoornis opheffen) is in de regel niet mogelijk. De ‘behandeling’ richt zich vaak op het leren hanteren van de (gevolgen van de) beperking, handicap of stoornis. De cases laten ook zien dat behandelingen vaak tijdelijk zijn.
- **Kwadrant ‘zowel kind- als ouderproblematiek’**
Voor kinderen of jongeren in dit kwadrant is *care* nodig. Daarnaast is er op systeemniveau *cure* en/of *care* nodig. Bij 24-uurs opname van het kind kan eventueel worden afgezien van ingrijpen op systeemniveau, behalve als na opname sprake zal zijn van terugplaatsing in de thuissituatie.

Meermalen is in de gesprekken op de instellingen aangegeven dat een deel van de kinderen in de twee onderste kwadranten structureel is aangewezen op 24-uurs zorg. De experts benadrukken dat die beoordeling – vanuit het perspectief aan het eind van de keten – begrijpelijk is, maar vanuit een ander perspectief mogelijk niet altijd noodzakelijk is.

Dat een substantieel deel van de jeugdigen die zorg combineren, overwegend op *care* zijn aangewezen, is een belangrijke constatering omdat de jeugdzorg juist een *cure*-oriëntatie heeft. De aanname is zelfs verleidelijk dat schakeling van kortcyclische *cure* ontstaat als een suboptimaal alternatief voor langdurige *care*. Feit is dat veel jeugdzorgloopbanen eindigen in intensieve (opname) trajecten. Als dat zo is, heeft dat natuurlijk belangrijke consequenties voor de effectiviteit en efficiency van de geboden zorg.

3.5 HORDELOOP VAN OPLOPENDE ZORGINTENSITEIT

Het huidige beleid is gebaseerd op het zo-zo-zo uitgangspunt¹¹. Het gaat om:

- Zo licht mogelijke zorg.
- Zo kort mogelijke zorg.
- Zo dicht mogelijk bij huis verstrekte zorg.

De interactie tussen provincie, Bureau Jeugdzorg en de zorgaanbieders (provinciaal gefinancierd zorgaanbod) heeft nog een extra ‘zo’ opgeleverd: zo tijdig mogelijke zorg. Dit mede als gevolg van de wachtlijstproblematiek, waarbij ook het betrokken Ministerie zijn rol is gaan nemen in het beperken van de wachtlijsten (in omvang en duur). Interessant is nu om na te gaan hoe dit beleid uitpakt voor de onderzochte jongeren.

¹¹ In termen van de wet op de jeugdzorg artikel 5 lid 4: “Deze zorg is in verband hiermee niet ingrijpender dan noodzakelijk en wordt geboden zo dicht mogelijk bij de plaats waar de cliënt duurzaam verblijft en gedurende een zo kort mogelijke periode.”

3.5.1 Hoge toegangsdrempels

De cases maken duidelijk dat er een vrij hoge drempel is voor toegang. In weerwil van het 'zo-zo-zo' beleid is er in de praktijk vaak heel wat nodig om in aanmerking te komen voor geïndiceerde hulpverlening. In een aantal gevallen (cases 10, 13, 26, 32) lijkt dat samen te hangen met het feit dat er geen duidelijk *match* is tussen de problematiek zoals die zich voordoet en één van de beschikbare voorzieningen. Ook de indicatiecriteria spelen daarbij een rol. Er worden eisen gesteld in termen van labeling en diagnostiek, waaraan vaak niet voldaan wordt. Dat leidt in een aantal gevallen (casus 10; ook de ouders hebben hier op gewezen) tot wachten tot het 'erg' genoeg is. Door de relatief hoge drempel om voor hulpverlening in aanmerking te komen, kan, als eenmaal sprake is van indicatiestelling, feitelijk vaak niet meer sprake zijn van lichte, kortdurende en thuisnabije zorg.

In de gesprekken met ouderorganisaties wordt melding gemaakt van omkering in de bejegening. Trekken ouders aan de bel voordat er iets gebeurd is, dan maken zij zich onnodig zorgen en worden zij (althans naar hun gevoel) met een kluitje in het riet gestuurd. Loopt het vervolgens uit de hand, dan worden de ouders feitelijk door de hulpverlening aan de kant gezet en/of er op aangesproken dat zij het uit de hand hebben laten lopen en dat zij kinderen niet goed kunnen opvoeden. Volgens deze ouders herhaalt de geschiedenis zich aan het eind van de behandeling want dan is er vaak geen overdracht, geen nazorg en geen ondersteuning. De cyclus begint dan weer van voren af aan.

3.5.2 Te laat, te licht, te kort ...

Het zo-zo-zo-beleid is voor de problematiek van de jeugdigen en ouders met een meervoudige problematiek omgezet in het te-te-te-dilemma. Voor een groot deel van de jeugdigen uit de cases (met name die veel schakelen):

- Komt de zorg *te laat*.
Door de hoge toegangsdrempel, de meervoudige wachttijden (voor achtereenvolgens diagnostiek, indicatiestelling en behandeling) gaat veel tijd verloren. In die periode verergert de problematiek vrijwel altijd en neemt de draaglast voor het systeem toe.
- Is de geboden zorg *te licht*.
Er lijkt sprake te zijn van een zekere huiver om met intensieve zorg zowel gericht op het kind als op het gezin in te zetten. Vervolgens wreekt zich dat een eenmaal ingezet traject over het algemeen eerst wordt afgemaakt alvorens de aanpak weer wordt heroverwogen.
Van belang is in dit verband ook dat de zorg zich niet altijd richt op zowel het kind als het gezinssysteem. Als systeemfactoren buiten beschouwing blijven, is beëindiging van de problematiek vaak niet te verwachten.
- Duurt de zorg *te kort*.
Hier ligt een relatie met de oriëntatie van de zorg die in de voorgaande paragraaf al besproken is. Vaak is langdurige *care* nodig, maar wordt enkel volgtijdig geschakelde *cure* geboden.
- Wordt soms *te weinig afstand van de gezinsfactoren* genomen.
Thuisnabijheid van zorg is in veel gevallen na te streven, maar in sommige gevallen is de thuissituatie te zeer een oorzakelijke of bestendige factor. Thuisnabije

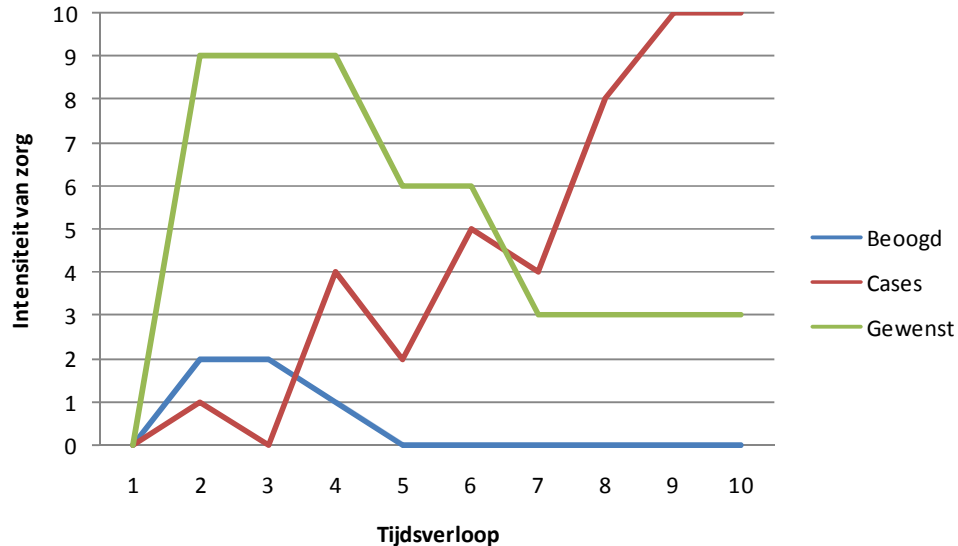
zorg is dan weinig kansrijk. In dit soort gevallen zou zeer tijdige en zeer intensieve systeemondersteuning nog wel samen kunnen gaan met thuisnabije zorg voor het kind, maar in de praktijk is daar geen voorziening voor. Kan er niet voldoende behandeling/ondersteuning aan de ouders geboden worden, of is hun problematiek te ernstig, dan is er aanleiding te overwegen het kind buiten de woonomgeving te behandelen.

3.5.3 Drie scenario's

Het zo-zo-zo beleid is er op gericht om escalatie te voorkomen, maar in de poging dat te vermijden, ontrolt zich vaak een scenario dat daar tenslotte juist toe leidt. Veel cases laten lichte ingrepen in het begin zien, en gaande weg steeds zwaardere interventies. Figuur 3.5 illustreert dat door een drietal scenario's te schetsen:

- Het beoogd scenario gaat uit van het zo-zo-zo beleid. Met een tijdige korte, lichte en thuisnabije (jeugd)zorg wordt de problematiek opgelost.
- De onderzochte cases laten over het algemeen een scenario zien waarin, veelal met horten en stoten, een traject van oplopende zorgintensiteit wordt doorlopen.
- Op basis van het onderzoek is er aanleiding om – *in gevallen zoals in de cases naar voren gekomen* – een ander scenario wenselijk te achten: snelle en (zeer) intensieve zorg aan het begin van het traject die vervolgens afgebouwd kan worden, maar die – bijvoorbeeld in het geval van psychiatrische stoornissen en in het geval van een licht verstandelijke beperking – een zekere mate van 'onderhoud' zal vragen.

Figuur 3.5 Scenario's zorgintensiteit



3.5.4 Specialistische deskundigheid wordt te laat ingezet

In de huidige situatie komt specialistische deskundigheid pas relatief laat in het traject beschikbaar. Dat is in lijn met het – hiervoor beschreven – gegeven dat de zorgintensiteit tijdens de jeugdzorgloopbaan oploopt. Gegeven de gecumuleerde wachttijden is de problematiek op dat moment veelal verergerd waardoor succesvolle behandeling minder kansrijk is. Verder kunnen intussen al onomkeerbare zaken (zoals

justitie ingrijpen) hebben plaatsgevonden die het toekomstperspectief van de jongere hoe dan ook niet verbeteren.

Vanuit de experts is aangegeven dat dit – zeker voor de onderzochte groep– eigenlijk beter omgedraaid kan worden: de beste deskundigheid moet meteen aan het begin beschikbaar zijn. Door goede diagnostiek, direct in het begin en daarop gebaseerde intensieve ondersteuning en behandeling gevolgd door nazorg, zal meer succes behaald kunnen worden dan in de huidige praktijk mogelijk is.

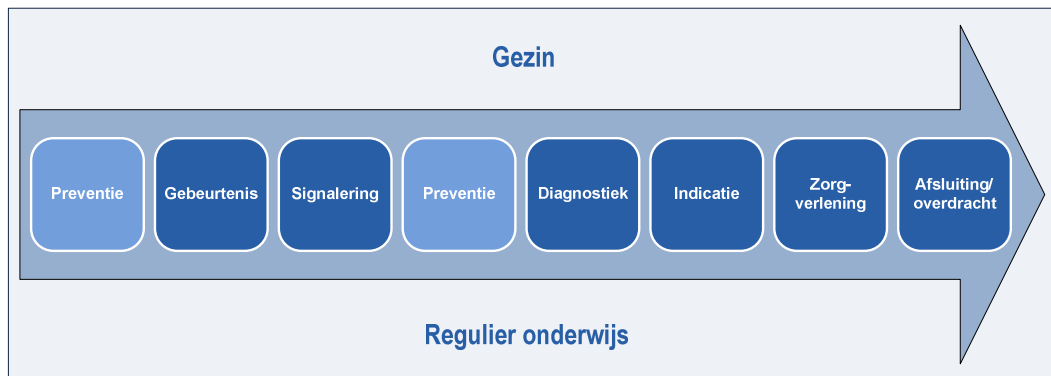
3.6 ONTBREKEN VAN REGIE EN SYNERGIE

Bij combinaties van zorg gaat het om meerdere volgtijdige en/of parallel trajecten. Het ligt voor de hand dat afstemming, coördinatie en overdracht van cruciaal belang zijn voor de effectiviteit en efficiency van het gecombineerde zorgaanbod.

Figuur 3.6 laat een jeugdzorgtraject zien. Dit is in feite een vereenvoudigde weergave want bij zorgcombinatie gaat het om verschillende van deze trajecten naast of na elkaar. Niet elk jeugdzorgtraject doorloopt altijd alle stappen; als er bijvoorbeeld sprake is van succesvolle preventie, houdt het traject daarmee op. Of: als niet wordt voldaan aan bepaalde indicatiecriteria, kan zorgverlening niet plaatsvinden.

De figuur laat ook zien dat het om een samenspel moet gaan tussen jeugdzorg, gezin en school.

Figuur 3.6 Jeugdzorgtraject



Wat is nu het beeld dat oprijst uit de cases?

3.6.1 Bureau Jeugdzorg kan zijn regiefunctie maar beperkt waarmaken

Bureau Jeugdzorg voorziet in onvoldoende mate in een regiefunctie. Twee elementen spelen daarbij een rol:

- Om te beginnen, ziet BJZ maar een (relatief klein) deel van de jeugdigen die zorg combineren. Veel verwijzingen (vooral die naar de jeugd-ggz) lopen buiten BJZ om. Vaak gaat het in die gevallen via de huisarts. De cases laten daar voorbeelden van zien (case 06, 09, 11, 23, 25) en in de op de bezochte instellingen gevoerde gesprekken is dat ook aangegeven: het Riagg gaf aan dat maar ongeveer 15 procent van de jongeren via BJZ binnen komt, 75 procent via de huisarts en 10 procent vanuit andere ggz-instellingen. Bij GGZ Oost Brabant heeft maar 7 procent van de jongeren een verwijzing van BJZ en stroomt de rest bijna allemaal via de

huisarts in.

Met de jeugd-lvg heeft BJZ ook geen bemoeienis, omdat de indicatiestelling daar via CIZ loopt.

- Verder is de hoeveelheid tijd die BJZ beschikbaar heeft voor regie of casemanagement, mogelijk te beperkt. Gegeven het aantal betrokken partijen en de relatief lange looptijden valt met de normatief beschikbare tijd niet in effectieve zin regie te voeren.

3.6.2 De gecombineerde zorg is minder dan de som der delen

Het geheel van volgtijdige en/of parallelle jeugdzorgtrajecten is niet meer dan de som der delen. Uit de cases vallen een aantal zaken op;

- Geen degelijke en integrale diagnostiek.
Er is onvoldoende tijd en deskundigheid voor een goede beeldvorming *aan het begin van het traject*. Er kunnen jaren verstrijken voordat sprake is van een goede diagnostiek (29, 32, 34, 40). Dat impliceert dat in de voorafgaande periode nogal eens 'op de tast' zal worden gewerkt.
Vanuit de experts is bepleit dat goede diagnostiek aan het begin van het traject moet staan en niet pas halverwege aan de orde mag zijn – juist voor de onderzochte groep.
- Aanbod-in plaats van vraagoriëntatie.
De indruk is dat nog duidelijk elementen van aanbodgericht werken waarneembaar zijn. De structuur van de jeugdzorg is sterk gedifferentieerd en gespecialiseerd. De functionarissen uit de instellingen waarmee is gesproken, stellen dat en de experts bevestigen het. Het blijkt ook uit de cases en het hangt ook samen met het feit dat er maar weinig intersectoraal aanbod tot stand is gekomen.
Differentiatie is deels ook positief, maar het gevolg is wel dat de verschillende typen instellingen elk hun eigen 'ding' doen, vanuit de (in de praktijk niet altijd onderbouwde) aanname dat het kind terecht bij de desbetreffende instelling zit. Vervolgens lijkt dan soms een *trial and error* benadering te volgen. Er wordt begonnen met de standaard aanpak en als die niet werkt, gaat men op iets anders over. Vraaggericht werken staat minder centraal. In het bijzonder bij ingewikkelder problematiek die vaak ook om een combinatie van aanpakken vraagt, is dat natuurlijk een lastig punt.
- Startpunt is heel bepalend.
Het blijkt dat signalering – maar meer in het algemeen de eerste gang richting hulpverlening – een sterk voorsortend effect kan hebben. Zo wordt soms eerste een heel medisch traject doorlopen voordat duidelijk wordt dat men bij de jeugd-ggz had moeten zijn (cases 05, 28). Daarbij kunnen ook preferenties van ouders voor bepaalde labeling een rol spelen.¹² Eenmaal in een 'koker' opgenomen, wordt het desbetreffende pad helemaal afgelopen.
Er is een zekere neiging om eerst uit te behandelen in de eigen sector en dan pas eventueel door te verwijzen naar andere vormen van jeugdzorg. Dit in plaats van dat van meet af aan een intersectorale behandeling gecombineerd wordt.

¹² *Labeling* is immers vaak een voorwaarde (vanuit indicatiestelling) om voor hulpverlening in aanmerking te komen.

- Lange wachttijden.
Een aanzienlijk deel van de looptijd van een jeugdzorgtraject bestaat uit wachttijd. Na signalering is het wachten op achtereenvolgens diagnostiek, indicatiestelling en behandeling. In de praktijk komt dat vaak neer op wachten op een incident of crisis waardoor de machinerie in werking wordt gezet.
Ook op de wachttijd is geen effectieve regie te voeren: elke stap in het traject kent een eigen logica en systematiek, waarin andere partijen over het algemeen niet kunnen ingrijpen.

4

CONCLUSIES VRAAGSTELLING

In deze paragraaf volgen beknopt geformuleerd de conclusies in relatie tot de vraagstelling.

De hoofdvraag van het onderzoek luidt: in hoeverre is de ingezette zorg, de regeling waarvan gebruik wordt gemaakt, effectief en in hoeverre worden problemen vroegtijdig aangepakt voordat verergering plaatsvindt (preventie)? Deze is uitgewerkt in een aantal deelvragen die in de volgende subparagrafen aan de orde gesteld worden. De conclusies hebben *uitsluitend* betrekking op de jeugdzorg voor de jeugdigen met zorgcombinaties.

Onderstaande conclusies met betrekking tot de deelvragen van dit onderzoeksdeel zijn door de onderzoekers geformuleerd op basis van de cases en de expertmeetings. De conclusies geven niet noodzakelijkerwijs de opvattingen en standpunten van elk van de geconsulteerde experts weer.

4.1

TIJDIGHEID SIGNALERING, DIAGNOSTIEK, INDICATIE EN BEHANDELING

Hierbij zijn de volgende vragen geformuleerd:

- Welke tijd is verstreken tussen het ontstaan van het probleem en de signalering door de vindplaats?
- Zijn tijdig preventieve maatregelen genomen?
- Indien preventie niet gewerkt heeft, is tijdig doorverwezen?
- Welke tijd is verstreken tussen doorverwijzing, indicering en start van de behandeling?

De conclusies zijn de volgende:

- Over het algemeen verstrijkt er (te) veel tijd tussen elk van de verschillende stappen in het proces zoals weergegeven in figuur 3.6.
 - Wachttijden worden deels veroorzaakt doordat de problematiek eerst een bepaalde mate van ernst moet bereiken wil er van een gerechtvaardigd beroep op jeugdzorg sprake kunnen zijn.
 - Wachttijden leiden over het algemeen slechts tot verergering van de problematiek en daarmee tot een grotere zorgbehoefte. Dat heeft een negatieve invloed op zowel de effectiviteit als de efficiency van de jeugdzorg.

- Met betrekking tot signalering laten de cases het volgende beeld zien:¹³
 - Signalering is een belangrijke eerste stap; er rijst een (gaandeweg geëxpliciteerd) vermoeden dat er mogelijk 'iets' aan de hand is met het kind. Aan signalering gaat vaak iets vooraf: een 'gebeurtenis' die om de een of andere reden opvallend – soms zelfs alarmerend – is. Het kan om relatief kleine dingen gaan, op grond waarvan ouders of crècheleidsters (casus 04) vermoeden dat het kind 'anders' is, maar het kan ook om heftige en traumatische gebeurtenissen gaan (zoals voortdurend gepest worden: cases 17, 34; drugsgebruik tijdens de zwangerschap: casus 07). Zelfs als de gebeurtenis zoals geïnterpreteerd, feitelijk niet heeft plaatsgevonden (het vermoedelijk misbruik in casus 38), kan toch een keten in gang gezet worden.
 - Signalering geschiedt vaak door ouders, maar lang niet altijd. Ouders hebben niet altijd een helder referentiekader om gedrag buiten de bandbreedte van het normale te kunnen vaststellen.¹⁴
 Vaak zijn het (professionele) derden die signaleren. In de cases gaat het om crècheleidsters (case 04), het consultatiebureau (case 02, 17), de huisarts (case 21), een behandelaar van een ouder die bij de behandeling dingen hoort over het gezin/het kind/de opvoeding (geen case, het is wel naar aanleiding van een case genoemd) en in heel veel gevallen is het de school (cases 21, 23, 27, 29, 37, 41).
 - Signaleringsmomenten zijn er vooral bij overgangen en breukvlakken: van gezin naar peuterspeelzaal/crèche, overgang naar basisschool, overgang naar voortgezet onderwijs, overgang naar ROC of arbeidstoeleiding. De school (cases 13, 17) is een heel duidelijke 'zeef' want op school wordt van leerlingen specifiek aangepast gedrag verwacht en een zekere mate van cognitie.
 - Naast vroegsignalering is er ook late signalering, door 'ontkenning' van de problematiek. Zo blijkt toch nog geregeld in het reguliere onderwijs (te) laat gesignaleerd te worden. Vaak gaat het dan om kinderen die al een lange geschiedenis van overvraging achter de rug hebben; niet zelden heeft dat dan tot ernstige gedragsproblemen geleid (case 34). Ouders kunnen daarin een rol spelen, als zij een gang naar het speciaal onderwijs zo lang mogelijk willen voorkomen. Eerdere signalering had in die gevallen daar – zo geven de REC's aan – verergering van (gedrags)problematiek mogelijk kunnen voorkomen.¹⁵
 - Enkele cases (04, 28, 34, 36) laten vroegtijdige signalering zien waar niets op is gevolgd terwijl (soms een hele tijd) later van ernstige problematiek sprake blijkt te zijn. Door de instellingen wordt ook vastgesteld dat signalering niet altijd ergens toe leidt. Zij wijzen op het volgende. In een deel van de gevallen kan het gaan om een 'onjuiste' signalering, in die zin dat bij nadere beschouwing/diagnostiek blijkt dat er niets aan de hand is of althans niet in die mate dat hulpverlening geboden is. Ook is er in de gesprekken over de cases op gewezen dat het in een aantal gevallen ook een tijd duurt voordat duidelijk wordt wat er aan de hand is. Ook speelt mee dat diagnostiek soms pas vanaf een bepaalde leeftijd mogelijk is. Het kan dan wel duidelijk zijn dat er 'iets' aan de hand is, maar omdat bepaalde stoornissen pas vanaf een bepaalde leeftijd gediagnosticeerd kunnen worden, is gerichte behandeling niet altijd meteen mogelijk.

¹³ Een volledig beeld geven de cases niet omdat de eerste signalering niet altijd in het dossier zal zijn opgenomen.

¹⁴ In een aantal gevallen is bepaald (abnormaal) gedrag binnen de gezinscontext mogelijk juist wel 'normaal'; in die gevallen signaleren ouders niet. Bij ouders met pedagogische onmacht en bij ouders die zelf met problemen te kampen hebben, komt voegsignalering meestal van buiten het gezin.

¹⁵ Soms is die vroegsignalering er wel geweest, maar is het niet opgepakt.

- In de gesprekken met de ouderorganisaties is aangegeven dat signalering door ouders nogal eens niet serieus genomen wordt door de instellingen. Deze ouders uiten de klacht dat het in de praktijk eerst uit de hand moet lopen (spijbelen, een crisis, politiecontact e.d.) voordat er wat gebeurt.
- Het is opvallend dat betrokkenheid van het lokale preventieve veld in slechts weinig cases naar voren komt, noch in het voortraject (bijvoorbeeld na signalering) noch in het natraject, in het verlengde van afgesloten behandeling.¹⁶ De gesprekken met ouders geven rond het thema signalering nadrukkelijk aan dat van preventie zo weinig sprake is dat het uiteindelijk noodzakelijkerwijs een curatief traject wordt. Cases 2, 53 en 54 tonen betrokkenheid van het Algemeen Maatschappelijk Werk AMW -op verwijzing door BJZ- in een van de eerste fasen. Geregeld is sprake van betrokkenheid van schoolmaatschappelijk werk en schoolbegeleidingsdiensten (cases 6, 9, 10, 17, 18). Verder kan de leerplichtambtenaar genoemd worden die geregeld signaleert (cases 16, 18, 22). Ook is MEE in een aantal cases betrokken geweest (01, 30, 35, 36), maar niet altijd specifiek vanuit de invalshoek preventie. Dit laat onverlet dat juist voor de onderzochte cases, waar voor veel kinderen er sprake lijkt van een chronische zorgbehoefte de betrokkenheid van het lokale veld zo beperkt is.
- Er is niet één toegang tot de jeugdzorg, maar er zijn verschillende toegangspoorten: BJZ, CIZ, Cvl. Soms wordt achter die poorten soortgelijke zorg geboden en is er ook sprake van verwijzing naar elkaar. Vooral bij multisectorale problematiek is de ingang vaak doorslaggevend voor het vervolgtraject. Toegangen die naar elkaar verwijzen, werken vertragend en ontmoedigend voor ouders en kinderen.
- De verplichte omwegen (om eerst ergens een diagnose te ‘halen’) en verwijzingen bij indicatiestellingen leiden er volgens verschillende gesprekspartners toe dat je een bepaalde groep soms juist weer dreigt kwijt te raken in dat traject. Het ‘kweekt’ als het ware zorgmijding.
- Van integrale indicatiestelling is nog weinig aangetroffen.¹⁷ Vanuit de bezochte instellingen is wel geregeld melding gemaakt van ontwikkelingen in die richting, maar gelijktijdige aanmeldingen bij verschillende zorgvormen zijn nog zeldzaam. De samenwerking die rondom indicatiestelling en diagnostiek ontstaat wordt wel waardevol gevonden (omdat het tot ‘warme’ contacten leidt).¹⁸ Integrale indicatiestelling zou zeker in het geval van parallelle trajecten aantrekkelijk zijn en een meerwaarde hebben. In zekere zin is daarvan sprake bij 24-uurs opname van leerplichtige kinderen. In die gevallen is vrijwel altijd per definitie sprake van een plaatsing in het speciaal onderwijs (op locatie van de instelling). Dat is in de onderwijsregelgeving vastgelegd.¹⁹
- Bij volgtijdige trajecten zou het nuttig zijn als bevindingen uit een eerdere indicatiestelling betekenis zouden hebben voor een volgend traject. Ouders wijzen in dit verband op het volgende. In bepaalde (zeker niet alle) gevallen gaat het om kinderen met een psychiatrische stoornis. Die gaat nooit over en in die

¹⁶ Dit kan niet met zekerheid gesteld worden omdat dit niet altijd in het dossier zal zijn vastgelegd.

¹⁷ Dat hangt ook samen met het feit dat het in veel gevallen gaat om situaties van jaren geleden, al zitten ook zeer recente gevallen van indicatiestelling in de dossiers.

¹⁸ Een interessant voorbeeld is RIAGG Amersfoort en omstreken, dat intensief samengewerkt met het speciaal onderwijs om te voorzien in de benodigde diagnostiek.

¹⁹ Het gaat om de zogeheten ‘plaatsgebonden bekostiging’.

zin is van 'beter' worden geen sprake. Het is vaak wel zo dat dankzij de behandeling de stoornis meer 'hanteerbaar' wordt voor zowel kind als ouders (en overige omgeving, zoals onderwijs). In de waarneming van de ouders keert die verbetering zich vervolgens tegen het kind omdat bij een volgende indicatie (of bij een periodieke herindicatie zoals die in de meeste gevallen na een bepaalde periode verplicht is) geconstateerd wordt dat het beter gaat en er dus geen aanspraak op zorg e.d. meer is. Terwijl het juist dankzij die behandeling beter gaat en bij staken daarvan een terugval te verwachten is (wat ouders ook zeggen waar te nemen). Ouders spreken hier van 'gestraft worden voor het succes'. In het bijzonder bij chronische stoornissen met een structurele zorg- of ondersteuningsbehoefte ervaren ouders de voortdurende (her)indicaties als een last. Aan de orde kwam halfjaarlijks te indiceren PGB (in, volgens ouders, 'zware' gevallen). Omdat de indicatiecyclus die periode zelf ook al bijna beslaat is dus van 'permanente' indicatiestelling sprake.

Volgtijdige zorgcombinatie is in die gevallen eigenlijk niet meer dan artefact op basis van de regelgeving. Wat normaal gesproken een min of meer ononderbroken traject van zorg had moeten zijn, wordt in kleine stukjes opgeknipt.

4.2 SAMENWERKING IN DE ZORGETEN

Hierbij zijn de volgende vragen geformuleerd:

- Volgtijdig: wat is de kwaliteit van de schakels in de keten, is sprake van een ononderbroken keten van signalering, indicering en zorg?
- Gelijktijdig: bij complexe zorgvragen, worden alle aspecten van de problematiek (de individuele jeugdige, het gezin, de omgeving) gelijktijdig en doeltreffend aangepakt?

De conclusies ten aanzien van volgtijdige trajecten zijn de volgende:

- Veel voorkomend is een volgtijdig traject waarbij verschillende jeugdzorgtrajecten het verloop van de ontwikkeling van de stoornis of problematiek volgen. Zeker in de gevallen waarin niet tijdig wordt ingegrepen kan dat snel optreden. Het gaat dan bijvoorbeeld om een traject van jeugd-ggz naar speciaal onderwijs, dan een justitiecontact en tenslotte jeugd-lvg (want die zit vaak aan het einde van de keten). De cases laten veelvuldig een beeld zien van escalatie van problematiek en oplopende zorgintensiteit. Dit kan men name worden waargenomen bij de jeugdigen die veel schakelen tussen de verschillende zorgdomeinen.
- Een specifieke categorie vormen in dit verband de kinderen met autisme; deze komen in elke levensfase altijd weer in enige vorm van behandeling terug om de desbetreffende vaardigheden te leren.
- Uit de gesprekken (want uit de dossiers is het niet eenvoudig af te leiden) komt naar voren dat sprake is van een zekere verkokering. Binnen elke 'koker' wordt over het algemeen adequaat en professioneel gewerkt, maar binnen het gegeven kader en op basis van de gangbare aanpakken. De indruk is dat daarbinnen maar beperkt van vraaggericht maatwerk sprake is.

- Er is lang niet altijd sprake van een ononderbroken keten.
 - De cases (06, 09, 14, 15, 16) laten geregeld periodes zien waarin geen zorg in welke vorm dan ook geboden wordt, terwijl uit het verdere verloop afgeleid kan worden dat in die periode de problematiek constant is gebleven of verergerd is.
 - Er is weinig sprake van ‘warme’ overdracht; ten aanzien daarvan zijn ook geen duidelijke taken of verantwoordelijkheden belegd. De aansluiting tussen de verschillende zorgepisodes kan vaak niet direct gerealiseerd worden (deels door wachtlijsten). Overbruggingszorg kan dan niet altijd geregeld worden en soms komen kinderen opeens weer thuis te zitten. Ouders geven aan dat dit zeer belastend kan zijn.
Uit de cases blijkt dat instellingen soms wel een inzet plegen om tot een goede overdracht te komen. In enkele cases (01, 46, 55) is met succes getracht om een overbrugging te regelen voor de wachttijd om in een beschermd wonen situatie terecht te komen. In een andere casus (44) is, rekening houdend met een beëindiging van de opname, tijdig begonnen met preventieve zorginspanningen: het kind is al een paar maanden eerder ‘verhuisd’ naar een school voor speciaal onderwijs in buurt van thuis en in die periode kregen de ouders psycho-educatie om betere toegerust te zijn op de specifieke opvoedtaken op het moment dat het kind weer thuis zou komen.
 - In veel gevallen is aan het eind van het totale traject evenmin voorzien in een traject van nazorg. Dat kan de kiemen leggen voor een volgende cyclus.
- Er is in het algemeen geen sprake van regie over de volgtijdige schakels heen. Zeker is dit zo als zorgepisodes afgewisseld worden door periodes zonder zorg.

De conclusies ten aanzien van gelijktijdige/parallelle schakeling zijn de volgende:

- De meest voorkomende (en vaak ook langdurige) combinatie is die van opname en onderwijs. Dat komt omdat in de leerplichtige leeftijd de regelgeving in deze combinatie voorziet. Uit de cases blijkt dat deze regeling ook consequent wordt doorgevoerd. Dit is een voorbeeld van een beoogde (zorg)combinatie. Het uitgangspunt bij de regelgeving was enerzijds in het algemeen het primaat van de leerplicht en anderzijds de overweging dat het juist voor die doelgroep van kinderen van belang is dat zij de aansluiting met het onderwijs door de opname niet verliezen.
Keerzijde van deze – in de regelgeving voorgeschreven combinatie – is dat het desbetreffende speciaal onderwijs voor een substantieel deel van de leerlingen inhoudelijk niet passend is en dat het een terugplaatsing naar regulier onderwijs bij uitbehandeling in de weg kan staan:
 - Voor leerlingen (die cognitief op havo niveau of hoger functioneren) is het niveau te laag.
 - Voor veel leerlingen is het onderwijs te algemeen en te weinig gericht op toeleiding naar de arbeidsmarkt of naar vervolgttrajecten in ROC's.
- Ook de combinatie BJZ en jeugd-ggz komt vaak voor, zeker in die gevallen waarin BJZ de verwijzer naar de jeugd-ggz is. Geregeld is dan ook het speciaal onderwijs nog betrokken. Soms is dat meer een formele combinatie (omdat BJZ nu eenmaal de toegang is); het case-management van BJZ is dan een meer procedurele betrokkenheid.
- Een andere specifieke combinatie is die combinatie van behandeling van het kind en ondersteuning van de ouders. Bij behandeling van kinderen met een pervasieve

ontwikkelingsstoornis krijgen ouders in veel gevallen psycho-educatie en/of een andere vorm van ouderbegeleiding. Strikt genomen is dat geen combinatie van regelingen, omdat het in/vanuit dezelfde regeling verstrekt wordt, maar het is wel een relevant gegeven. Ook is vaak niet of nauwelijks van jeugdzorg voor het kind sprake (bijvoorbeeld als alleen medicatie wordt gegeven), maar is er wel ondersteuning van de ouders.

Bij PGB (01, 23, 35, 37, 43) en TOG (35, 42) is in de regel ook sprake van parallelle trajecten.

Er is in het algemeen geen sprake van regie over de parallelle schakels heen zeker in die gevallen waar BJZ geen zorgpartner is.

Bij complexe zorgvragen worden alle aspecten van de problematiek (de individuele jeugdige, het gezin, de omgeving) in de onderzochte cases niet gelijktijdig en doeltreffend aangepakt.

4.3 EFFECTIVITEIT VAN DE ZORG

Hierbij zijn de volgende vragen geformuleerd:

- Is sprake van een passend aanbod, de juiste zorg?
- Wordt de juiste zorg tijdig geboden?
- Is de zorg effectief, worden problemen opgelost, is sprake van verbetering, wordt verergering van de problematiek stopgezet, wordt de zelfredzaamheid vergroot?

Ten aanzien van de jeugdigen die zorg combineren in een mix van speciaal onderwijs en een vorm van ondersteuning uit de jeugd-ggz, de jeugd-lvg of de provinciaal gefinancierde jeugdzorg en eventueel aangevuld met één van de financiële regelingen (TOG en PGB) kan gesteld worden dat de instellingen in staat zijn om een stabiele en evenwichtige zorgstructuur rond het kind in te richten. De effectiviteit van de geboden zorg kan dan worden gezien in termen van het stabiliseren en het voorkomen van verergering van de problematiek.

Voor de jeugdigen waarbij sprake is van een meervoudige problematiek en die veel schakelen tussen de verschillende zorgregelingen zijn de volgende conclusies gerechtvaardigd.

- Er is uiteindelijk sprake van een aanbod dat past bij de daaraan voorafgegane 'escalatiestap'. Dat betekent niet dat dit aanbod ook past bij de oorspronkelijke of achterliggende zorgvraag of problematiek.
- Van vraaggerichte zorg is over het algemeen voor de groep jeugdigen met multi sectorale problematiek te weinig sprake. Het min of meer standaard aanbod van de instelling die de zorg biedt, is nog vrij sterk bepalend.
- De juiste zorg wordt in het algemeen niet tijdig geboden. In weerwil van het zo-zo-zo beleid blijkt sprake te zijn van:
 - Aanzienlijke drempels om voor zorg in aanmerking te komen; het moet 'erg' genoeg;
 - Lange en opeenvolgende wachttijden, (voor diagnose, indicatiestelling, behandeling en nazorg).

- Er is in onvoldoende mate sprake van een aanbod dat zich, in samenhang en indien noodzakelijk tegelijkertijd richt op:
 - De problematiek van het kind.
 - De ondersteuningsbehoefte van het systeem.
 - De ondersteuning op het niveau van de school.
- De zorg is veelal niet effectief in de zin dat problemen worden opgelost. Dat kan in veel gevallen ook moeilijk verwacht worden, omdat het vaak om structurele beperkingen, handicaps of stoornissen gaat. De *cure*-invalshoek is minder aan de orde dan de *care* invalshoek.
- Verschillende cases laten een traject van continue verergering van de problematiek zien. De ‘oplossing’ bestaat dan in veel gevallen in een opname binnen *last resort* voorzieningen aan het einde van de rit. In die voorzieningen kan de problematiek vaak worden stopgezet, maar de bereikte winst vervluchtigt vaak weer als kind na behandeling weer teruggeplaatst wordt in de oude context.
- In het geval van jeugdigen die zorg combineren, is het niet voldoende om zich te richten op het vergroten van zelfredzaamheid. Het moet altijd gaan om een combinatie van:
 - Versterken zelfredzaamheid van het kind.
 - Versterken van de opvoedingscompetentie van de ouders (waar nodig ook behandeling en overige ondersteuning ter vermindering van de draaglast).
 - Ondersteunen van de school waar het kind onderwijs volgt.

In de praktijk is deze gecombineerde aanpak ook zichtbaar. Er is dan al wel sprake van een situatie waarin dat niet integraal gebeurt, maar los van elkaar: het kind wordt apart behandeld of is zelfs opgenomen; ouders krijgen ondersteuning en het kind zit vaak al niet meer in het reguliere onderwijs.

4.3.1 De verzuchting

De cases met veel schakelingen laten een lage succesratio voor de jeugdzorg zien. Nu is, gegeven de aard van de problematiek, succes in de zin van wegnemen van de beperking, handicap of stoornis, ook niet te verwachten. Maar ook dat in aanmerking nemend, is het teleurstellend dat de escalatie van de problematiek maar zo weinig lijkt te worden voorkomen.

Dat roept bij enkele experts zelfs de vraag op of in een beperkt aantal gevallen de geboden jeugdzorg wel enige bijdrage ten goede geleverd heeft of dat het effect van de zorg per saldo misschien wel als negatief moet worden beoordeeld. De overweging daarbij is dat de bij die cases waargenomen dynamiek van toenemende escalatie van problematiek en daaraan gekoppelde toenemende zorgintensiteit leidt tot een situatie zonder veel uitzicht op (terugkeer naar) maatschappelijke participatie. En dan gaat het om jongeren die tegen de twintig lopen en nog een heel leven voor zich zouden moeten hebben. Overigens roept het ervaringsfeit dat een deel van de jongeren met gedragsproblemen in de leeftijdsfase daarna (vooral als zij werk en een partner vinden) de regie over hun leven op eigen kracht weer weten te hervinden, de vraag op naar de effectiviteit van de verstrekte jeugdzorg.

4.4 VERBETERVOORSTELLEN

4.4.1 Van zorgincidentie naar zorgplanning?

Een deel van de jeugdigen heeft een problematiek waarvan op voorhand is vast te stellen dat zonder substantiële interventie aan het begin van de problematiek een op enig moment (zwaar) beroep op zorg zal volgen. Toch wordt in de huidige praktijk als regel gewacht op een incident als aanleiding voor inzet van jeugdzorg. Daarbij is het in veel gevallen (op basis van de onderzochte cases) niet zo dat het incident wordt aangegrepen om een integrale zorgvraag vast te stellen, maar wordt het incident volgens de 'zo-zo-zo'-formule aangepakt en is het vervolgens wachten op de volgende stap in de zorgvraagescalatie.

In plaats van reactief achter feiten aan te lopen in een proces waarbij zorgvraagescalatie tot interventies met steeds toenemende zorgintensiteit leidt, is het beter om van meet af (dus zodra de aanname van toekomstig, substantieel zorggebruik gemaakt kan worden) planmatig in te zetten op behandeling van kind en ondersteuning van ouders. Daarbij wordt door de experts aangegeven dat voor de onderwijscomponent er een duidelijke voorkeur is om de jeugdige voor het reguliere onderwijs te behouden.

4.4.2 Omkering van de keten

In de expertgroep is een zekere voorkeur voor een omkering van de keten te beluisteren, in het verlengde van de beschouwing over de drie scenario's in paragraaf 3.5.3. Voor de categorie jeugdigen met een multi sectorale problematiek, is een aanpak aan te bevelen met als kenmerken:

- Snel beginnen, voordat de problematiek escaleert en uit de hand loopt;
- Beste diagnostische deskundigheid meteen beschikbaar stellen (voor kind en systeem). Daarbij moet niet alleen het probleem dat de aanleiding is voor zorg bekeken worden, maar ook de achterliggende problematiek en de gezinscontext;
- In alle gevallen zorgen voor een samenhangend aanbod gericht op:
 - Behandeling/ondersteuning van het kind;
 - Behandeling/ondersteuning van ouders/gezinssysteem;
 - Ondersteuning van/op de school en dan bij voorkeur in het reguliere onderwijs .

Het heeft in het algemeen de voorkeur om het kind zoveel mogelijk in het thuismilieu te laten, maar in een beperkt aantal gevallen kan opname beter zijn.

Het is ook wenselijk om sneller vast te stellen of de ouders in staat zijn om een basis te bieden of dat het kind beter aangewezen kan zijn op pleegouders.

4.4.3 Zorg naar het kind in plaats van andersom

In de huidige situatie gaat het kind naar de zorg en is soms (aan het eind van het traject zelfs vaak) sprake van opname. Vanuit een dergelijke jeugdzorgloopbaan is terugkeer naar huis, of naar een gewone school vaak niet eenvoudig meer mogelijk, zeker als het gezinssysteem in de tussentijd niet ook voldoende aandacht heeft gekregen.

Daarom is gesuggereerd om de 'omkering' van de keten, te combineren met een aanpak die zoveel mogelijk gericht is op de reguliere thuis- en schoolsituatie: op een zo

vroeg mogelijk moment met intensieve ondersteuning (gericht op kind, ouders en school) proberen om vóóordat sprake is van onomkeerbare escalatie een zodanige situatie te creëren – en vervolgens in stand te houden – dat de beperking, handicap of stoornis zo veel mogelijk binnen het eigen gezin en een reguliere schoolsituatie te hanteren is.

Één van de cases is in dit verband illustratief. Het gaat om een jong kind dat voor meer jaren wordt opgenomen binnen een residentiële setting. Vervolgens wordt enorm veel georganiseerd om terugkeer naar huis mogelijk te maken: Jeugdhulp thuis, geneeskundige ggz, cognitieve therapie, zmk-onderwijs, psycho-educatie voor zus, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en logeren (de laatste drie via PGB). Of na ruim vier jaar verblijf in een residentiële setting een terugkeer naar huis nog kansrijk is, is zeer de vraag; het verdere verloop van de casus laat dat ook zien. De vraag is nu of de massieve ondersteuning die *na* de opname wordt georganiseerd niet veel beter meteen in de thuissituatie – in plaats van de opname – had kunnen worden aangeboden.

Uitgangspunt in deze benadering is om niet het kind uit de eigen context te ‘exporteren’ naar externe zorg, maar om zorg te ‘importeren’ naar het kind. Belangrijk daarbij is dat er sprake is van concrete hulp en ondersteuning van een behoorlijke omvang. Dat vraagt wel een daar op toegespitste caseload (uit te gaan is van 1 op 3).

N.B.: De stelling is niet dat de voorgestelde werkwijze in alle gevallen zal kunnen werken. In sommige gevallen kan de aard van de kindgebonden problematiek van dien aard zijn dat een vorm van opname niet te vermijden is. Omgekeerd zal de draagkracht van het gezinssysteem soms te kort schieten. Beide factoren hangen ook samen.

Wat in deze en de voorgaande paragraaf wordt voorgesteld, wordt ook wel met de term *wrap around care* aangeduid, een aanpak waarin de langgerekte ketenbenadering wordt omgevormd tot een cirkel rond kinderen, jongeren en opvoeders.²⁰

4.4.4 Meer behandeling, minder toeleiding

Bij de bezoeken aan de verschillende instellingen en ook met de experts is geregeld gesproken over de ontwikkeling van de jeugdketen als geheel; daarbij kwam ook aan de orde de vraag wat te verwachten van de nieuwe in te richten Centra voor Jeugd en Gezin (de CJG's).

Vrij unaniem komt daaruit naar voren dat er geen behoefte is aan een nieuwe (tussen)laag die zich alleen gaat bezig houden met signalering, verwijzing en indicatie. Even unaniem gedragen was het uitgangspunt dat de CJG's vooral iets zouden moeten *doen*. Er moet veel meer meteen ge- of behandeld en ondersteund worden.

²⁰ Zie Tien principes van 'Wraparound care' in: *Stap naar een sprong. Toekomstperspectief voor de opzet van het CJG in de stadsregio Rotterdam*, bijlage 4, p. 80/81.

BIJLAGE 1: SAMENSTELLING EXPERTGROEP

In overleg met de opdrachtgever hebben wij voor de begeleiding van het onderdeel “cases” een zevental personen aangezocht die op de verschillende thema’s een ruime ervaring hebben opgebouwd.

Naam	Organisatie / functie	Specifieke deskundigheid
Paul de Bot	Bavo Europoort Directeur Jeugd	Jeugd-ggz
Jo Hermanns	Hoogleraar Opvoedkunde Co Act Consult	Jeugdzorg
Frank Israels	Bureau Jeugdzorg Flevoland	Provinciale jeugdzorg
Kees van Rijswijk	Zelfstandig adviseur	Speciaal onderwijs, specifiek indicatiestelling
Dolf van Veen	Hoogleraar NJI, hoofd Onderwijs en Jeugdzorg	Snijvlak onderwijs en zorg
Dick Verstegen	VOBC LVG Directeur	Jeugd-lvg
Bas Timman	Jeugdformaat Lid Raad van Bestuur	Jeugdzorg (zowel BJZ als zorgaanbod)

BIJLAGE 2: BEVINDINGEN INSTELLINGEN EN OUDERORGANISATIES

De samenvattingen van de bevindingen uit de gesprekken die gevoerd zijn op de instellingen over de dossiers, zijn teruggekoppeld naar de gesprekspartners, maar kunnen niet opgevat worden als min of meer formele standpunten van de desbetreffende organisaties.

REC 3-19 Midden Brabant

Algemeen

Datum	30 september 2008
Instelling	REC 3-19 Midden Brabant
Gesproken met	De heer J. van den Muijsenberg
Functie	Secretaris Commissie van de Indicatiestelling REC 3-19
Aantal cases	5 (nrs, 1 t/m 5)

Opvattingen/inzichten behandelaar m.b.t. vraagstelling onderzoek

Mate voorkomen van combinaties	<p>Het REC heeft relatief veel combinaties met het Pedologisch Instituut (PI) in de buurt. Veel kinderen die daar onderzocht of behandeld worden (vaak met verblijf, waarbij de jongere dan speciaal onderwijs volgt op de PI-school) komen op enig moment in het speciaal onderwijs.</p> <p>Bij meer lichamelijke problematiek zijn er vaak combinaties met AWBZ (behandeling/ondersteuning/activering). Ook MEE – geen ‘regeling’ in kader van het onderzoek – komt veel voor). Bij meer gedragsmatige problematiek zijn er vaak combinaties met Jeugdzorg.</p> <p>De Cvl vraagt standaard bij aanmelding om in een bijlage aan te geven wat er verder aan hulpverlening speelt. Soms is dat heel uitgebreid, soms is dat minimaal.</p> <p>Overigens ontbreken vaak duidelijk gegevens en vooral data.</p>
Algemeen	<p>Traject signalering → preventie → signalering → gebeurtenis → indicatie → zorg / behandeling / verblijf / onderwijs → ontslag</p> <p>Er zijn relatief veel kinderen waar op vrij jonge leeftijd iets gesignaleerd wordt. Vervolgens wordt van alles onderzocht, maar dat is wel afhankelijk van het circuit waar ouders in eerste instantie aankloppen (medisch versus gedrag) of op basis van wat het meeste opvalt (of handelingsverlegenheid oproept).</p> <p>Uiteindelijk komt het wel goed, maar het duurt soms wel even. Vooral bij kinderen met een verstandelijke handicap zie je vaak een geschiedenis waarbij het kind te lang ‘overvraagd’ wordt.</p>

Volgtijdelijke combinaties	<p><i>Keten of losse schakels?</i></p> <p>Er is met het CIZ in kader van de integrale indicatiestelling regelmatig contact; maar juist in het vervolgetraject zou meer afstemming ook wenselijk zijn.</p> <p>In het voortgezet onderwijs zijn er de zorgplatforms: VSO, leerplicht, BJZ, zorgconsulenten, MEE e.d. overleggen geregeld. Dat is per regio verschillend georganiseerd</p>
Parallele combinaties	<p><i>Ieder voor zich of samen?</i></p> <p>Zorg en school staan nog teveel naast elkaar. Er is overigens wel vooruitgang; er wordt over en weer meer gemeld. Maandelijks worden samen dossiers besproken tussen REC en BJZ. Zo wordt dubbelonderzoek vermeden.</p> <p>De samenwerking tussen BJZ, REC en CIZ mag nog wel wat intensiever.</p> <p>In de regio doet het REC mee met integrale indicatiestelling. Gelijktijdige aanmelding voor onderwijs en zorg komt echter nog maar zelden voor. Meestal wordt er gestart vanuit zorg of onderwijs en wordt later een indicatie voor onderwijs of zorg aangevraagd. Pluspunt van dat project is wel dat men elkaar beter kent en men elkaar weet te vinden. Er zijn nu warme in plaats van koude contacten. Op lokaal niveau weten partijen beter de weg. Maar de afzonderlijke indicatietrajecten zijn nog erg verschillend. Er is nog niet één loket en van een gelijktijdige aanmelding bij elkaar is geen sprake. Ouders kloppen ergens aan en vanuit dat circuit begint het te lopen. Dat kan een verkeerd of minder geschikt begin zijn, maar daar wordt niet erg bij stil gestaan. Pas als het vastloopt (soms pas als behandeling geëvalueerd wordt) haken de andere circuits aan.</p>
Inschatting effectiviteit jeugdzorgketen	<p><i>Juiste zorg?</i></p> <p>Over het algemeen komen de kinderen/jongeren uiteindelijk wel op de goed plek terecht.</p> <p><i>Tijdige zorg?</i></p> <p>Het kan soms even duren. Soms wordt in eerste aanleg bij het ‘verkeerde’ circuit aangeklopt.</p> <p><i>Effectieve zorg?</i></p> <p>Uiteindelijk wel.</p>
Systeemgebonden oorzaken / achtergronden van volgtijdelijke / parallele zorg e.d.	<p>Er is een gedifferentieerd voorzieningenpatroon waarin de verschillende typen instellingen elk een bepaalde positie innemen. Vanuit de traditie is het tamelijk verkokerd.</p>
Regionale aspecten	<p>Deel van de kinderen komt van buiten (b.v. uit Rotterdam). Het betreft met name de kinderen van het PI. Dan is de voorgeschiedenis vaak lastiger in kaart te krijgen. Andersom gaat een deel van de kinderen met de verkregen indicatie ook weer buiten de regio naar het (V)SO; dan ben je het zicht ook weer kwijt.</p> <p>Bij de overige leerlingen is de voorgeschiedenis meestal beter in kaart te brengen.</p>

Overig

Overige zaken	<p>Men moet niet vergeten dat het voor ouders steeds de eerste keer is. Binnen het speciaal onderwijs weet men het allemaal wel omdat men er dagelijkse mee te maken heeft, maar de ouders niet. Voor hen is het een enorme doolhof en vaak ook de eerste keer.</p> <p>De druk op ouders is – met het nieuwe beleid – ook toegenomen. Zij moeten soms wel erg snel hun kind de hulpverlening in doen omdat ze anders met een uithuisplaatsing te maken krijgen.</p> <p>Dit schooljaar 2007-2008 (tot en met september) telt het REC 976 indicaties (waarvan 60% cluster 4 en 40% cluster 3). Dat is inclusief herindicaties. Zonder herindicaties gaat het om 535 indicaties.</p> <p>Vorig jaar waren het er 400 nieuwe indicaties. De toename komt door de groei van cluster 4. In feite is nog steeds een inhaalslag gaande omdat voorheen in cluster 4 geen ambulante begeleiding mogelijk was. De verwachting is dat het nu wel zal gaan stabiliseren</p>
----------------------	---

RIAGG Amersfoort & Omstreken**Algemeen**

Datum	10 oktober 2008
Instelling	RIAGG Amersfoort & Omstreken
Gesproken met	De heer C. Anneveldt
Functie	Manager afdeling Kinderen en Jeugd
Aantal cases	7 (nrs. 6 t/m 12)
Toelichting instelling	<p>Op de afdeling werken 28 professionals (psychiaters, gz-psychologen, klinisch psychologen, sociaal-psychiatrisch verpleegkundigen, creatief therapeuten, videohometrainers, kinderarts.</p> <p>Elk jaar ziet de afdeling 600-650 nieuwe kinderen/jongeren</p> <p>Er is een breed, generalistisch aanbod: men kan veel problematiek aan.</p> <p>Er is alleen ambulante hulpverlening, geen deeltijd of klinische aanbod. Wel vervult de afdeling een functie in 24 uren zorg: crisisfunctie ligt bij het RIAGG</p> <p>Het gaat om tweede lijns ggz, dus iedereen komt binnen via verwijzing. Het grootste aantal (75%) via de huisarts, 15 procent via BJZ²¹ en 10 procent overige (via andere ggz-instelling, ziekenhuisspecialisten).</p> <p>Bekostiging loopt via de zorgverzekeraars.</p> <p>RIAGG Amersfoort en omstreken is een van de drie niet-gefuseerde RIAGGs.</p> <p>Men is (met GGD, maatschappelijk werk, BJZ e.a.) een partner in het op te bouwen Centrum voor Jeugd en gezin.</p>

Opvattingen/inzichten behandelaar m.b.t. vraagstelling onderzoek

Mate voorkomen van combinaties	In relatief veel gevallen is sprake van parallelle of voorafgaande zorg.
Algemeen	<p>Traject signalering → preventie → signalering → gebeurtenis → indicatie → zorg / behandeling / verblijf / onderwijs → ontslag</p> <p>Informatie van verwijzende huisartsen is vaak erg summier.</p> <p>Regelgeving rond privacy en ouderlijk gezag bemoeilijken ingrijpen of behandeling geregeld. Als een van de ouders met gezag geen toestemming geeft wordt behandeling ernstig bemoeilijkt. Geregeld maakt de andere partner bezwaar als de ene het kind aanmeldt voor hulp. Zeker bij gescheiden ouders komt dat nogal eens voor. Ook verwijzers worden geregeld op de vingers getikt.</p> <p>Meer dan eens komt het voor dat betrokken hulpverleningsinstanties (RIAGG, BJZ) in beperkte mate iets kunnen doen omdat de ouders niet meewerken.</p>

²¹ Opgemerkt wordt dat dit, gelet op de beoogde functie van BJZ een relatief klein percentage is.

<p>Volgtijdelijke combinaties</p>	<p><i>Keten of losse schakels?</i></p> <p>Goed voorbeeld van periodiek terugkerende cliënten zijn autisten; die hebben per levensfase vaak weer behandeling nodig gericht op het aanleren van daarvoor vereiste vaardigheden: basisschoolleeftijd, puberteit, jong volwassenheid, middelbare leeftijd)</p>
<p>Parallele combinaties</p>	<p><i>Ieder voor zich of samen?</i></p> <p>Inzet is zo min mogelijk dubbel te doen en zo snel mogelijk weer af te bouwen. Uitgangspunt is ook: niet treden in de behandeling van een ander.</p> <p>Vaak is sprake van een betrokkenheid van een casemanager van BJZ; ook vanuit voogdij is geregeld betrokkenheid.</p> <p>Ook is geregeld sprake van algemene gezondheidszorg (fysiotherapie, logopedie, revalidatie).</p> <p>Inzet vanuit Riagg is vaak heel beperkt: bijvoorbeeld enkel psychiatrisch onderzoek, instellen medicatie en medicatiecontrole, terwijl de overige behandeling elders geschiedt (zoals andere jeugd ggz instelling, MKD, kamertraining, revalidatiecentrum). Dit hangt samen met het feit dat deze Riagg geen kliniek heeft en andere behandelaars vaak geen psychiater hebben.</p> <p>Combinatie zorg onderwijs lijkt misschien ‘stapelning’, maar is het niet; het is complementair. Hier valt nog veel te winnen als de zorg dicht bij school is gesitueerd. Meer integrale aanpak lijkt wenselijk.</p> <p>Het gegeven dat verschillende partijen betrokken zijn (en waren) leidt wel; tot veel communicatie en overleg die over het algemeen maar heel beperkt te declareren is. De opdracht om als een keten te werken wordt niet vergemakkelijkt door in de bekostiging alleen uit te gaan van individuele behandeling.</p> <p>Terzijde: Kinderen hebben geregeld nog allerlei verbindingen met behandelaars en begeleiders die (fysiek) op grote afstand staan. Bij verhuizing, opname en plaatsing in speciaal onderwijs zie je dat veel.</p>
<p>Inschatting effectiviteit jeugdzorgketen</p>	<p><i>Juiste zorg?</i></p> <p><i>Tijdige zorg?</i></p> <p>Gaat nogal eens wat tijd over heen. Blokkerende ouders leiden geregeld tot vertraging in de hulpverlening.</p> <p><i>Effectieve zorg?</i></p>

<p>Systeemgebonden oorzaken / achtergronden van volgtijdelijke / parallele zorg e.d.</p>	<p>Historisch is er een uitgebreid net van allerlei voorzieningen gegroeid. Oplossing is te zoeken in goede afspraken wie doet wat en wanneer geef je het estafette stokje over.</p> <p>Riagg probeert verschillende nieuwe dingen: expertise inzetten in speciaal onderwijs. In Zeist is een school met meer dan honderd autistische kinderen. De Riagg ontwikkelt daarvoor een programma om die kinderen op de school zorg te bieden. Ook worden trainingen verzorgd voor docenten. Voor onderzoek e.d. gaat de psychiatrie daarheen in plaats van dat de kinderen naar het Riagg moeten komen. Ook psycho-educatie van ouders bieden school en Riagg samen aan.</p> <p>Om het bekostigd te krijgen moet het Riagg het kind wel inschrijven terwijl de behandeling fysiek niet op het Riagg plaats heeft.</p> <p>Met het REC zijn er afspraken dat ouders bij het Riagg terecht kunnen voor de voor indicatiestelling vereiste psychiatrische diagnostiek (terwijl er strikt genomen voor het Riagg geen aanleiding tot onderzoek is).</p> <p>Voor de bekostiging is het altijd zoeken naar een passende grondslag.</p> <p>Riagg werkt samen met MKD in een ouder-kind project. Terwijl voor de MKD men afhankelijk is van een BJZ-indicatie, kan Riagg die regelen via de huisarts. Het kind zit dat op de MKD en wordt daar behandeld, maar moet ook bij de Riagg ingeschreven zijn. Er is hier sprake van 'stapeling' in die zin dat expertise vanuit het ene segment (jeugd GGZ) toegevoegd wordt aan het andere segment (jeugdzorg). Deze expertise is niet voorhanden in de jeugdzorg. Om het gefinancierd te krijgen is inschrijving binnen beide instellingen noodzakelijk.</p>
---	---

REC 4-4**Algemeen**

Datum	21 oktober 2008
Instelling	REC 4-4
Gesproken met	Nico Nieuwboer
Functie	Directeur
Aantal cases	10 (nrs. 13 t/m 22) Het afgelopen jaar 1-10-2007/1-10-2008 zijn er ongeveer 2000 aanvragen verwerkt, waarvan 180 negatief. Alle cases voor de bespreking zijn willekeurig getrokken uit de laatste zitting (19-9-2008, waarbij 280 dossiers voorlagen). Vanwege dat moment zijn de cases informatief over het voortraject, maar minder over het onderwijs/behandeltraject zelf (omdat dat pas erna van start gaat en informatie daarover ontbreekt).

Opvattingen/inzichten behandelaar m.b.t. vraagstelling onderzoek²²

Mate voorkomen van combinaties	Is eigenlijk altijd het geval. Het speciaal onderwijs cluster 4 zit immers achter in de keten
Algemeen	Het REC heeft erg veel energie gestopt in het opbouwen van een netwerk met alle betrokken partijen. Te noemen zijn de Werkgroep Uitbreiding Leerlingzorg en het Zorgplatform. Het REC coördineert ook. Dat rendeert, maar het betekent ook dat de regels van wat kan en mag, moeten worden opgezocht en overschreden. We verwachten wel wat van de verwijzindex ('At risk'), maar vinden het wel jammer dat wij er niet op mogen.
Volgtijdelijke combinaties	REC zit aan eind van de keten. Daar blijkt vaak pas (te laat) wat er allemaal gebeurd is.
Parallele combinaties	Vaal zijn er veel betrokkenen die het van elkaar niet weten, dat blijkt vaak bij de Cvl. Zo is er een voorbeeld van een gezin met drie voogden (voor elk kind één vanuit een andere instelling). Topscore is een casus waarbij op het moment van aanmelding 15 instanties betrokken waren.
Inschatting effectiviteit jeugdzorgketen	<i>Juiste zorg?</i> <i>Tijdige zorg?</i> <i>Effectieve zorg?</i>

²² Dit aan de orde stellen *nadat* alle dossiers zijn doorgenomen. Het gaat hier *niet* om bespiegelingen m.b.t. de *afzonderlijke cases* (die komen per casus aan de orde), maar om opvattingen, ervaringen en inzichten m.b.t. de onderzoeksvraagstelling.

<p>Systeemgebonden oorzaken / achtergronden van volgtijdelijke / parallele zorg e.d.</p>	<p>Er zijn drie centrale ‘breukmomenten’:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er is geen overdracht vanuit het voorschoolse naar het basisonderwijs. Daardoor weten scholen niet met welke problemen ze te maken gaan krijgen. In dat verband is er aanleiding om naast de zorgplicht voor het onderwijs, eens te praten over een informatieplicht van ouders. • De overdracht van basis- naar voortgezet onderwijs is betere, maar is vaak nog onvoldoende. • De overdracht van VO naar MBO laat nog veel te wensen over. Op al die breukmomenten moet je inzetten. <p>Een van de oplossingen: toelating naar VO naar voren gehaald. Alle screening gebeurt in oktober zodat in januari-februari alles rond is voor verwijzing met het oog op plaatsing in september. Dat geeft ouders ook nog tijd voor een schoolkeuze. Men gaat nu beginnen om al in groep 7 de zorgleerlingen aan de orde te stellen.</p>
<p>Regionale aspecten²³</p>	<p>Zie bijlage (na de cases) voor een beschrijving.</p>
<p>Overig</p>	<p>Wij wachten geen drie maanden; sommige kinderen gaan meteen door. In de periode voor de zomer wachten we niet tot na de zomervakantie: zo mogelijk plukken we ze van de straat om te voorkomen dat anders tussentijds de situatie escaleert. In het zorgplatform hebben we de middelen om deze jongeren tijdelijk te plaatsen – of om iets anders te doen. Zo zetten we soms ook een klasse-assistent tijdelijk in voor iemand; dat kan al genoeg zijn om verder afglijden te voorkomen</p> <p>Voor deze regio 8 ton: daarvan plekken maken voor jongeren:</p> <p>Geld is niet het probleem: we hebben Op de rails en Rebound, we krijgen straks vanuit Passend onderwijs Eur 20 per leerling (= 8 ton in deze regio) en basisscholen kunnen WSNS-middelen inzetten.</p>

²³ Verklaringen voor regionale verschillen in het gebruik van regelingen en de effectiviteit van regelingen? Denk aan: verschillen in incidentie, sociaal-maatschappelijke achtergrond, gemeentelijke en provinciaal beleid, toegepaste methodieken.

GGZ Oost Brabant

Algemeen

Datum	22 oktober 2008
Instelling	GGZ Oost Brabant
Gesproken met	Mevrouw M. Vos
Functie	Hoofd Jeugdzorg Kengetallen 2007: <ul style="list-style-type: none"> • 3.200 aanmeldingen • 7.400 behandelde cliënten • 61 bedden: <ul style="list-style-type: none"> ○ 7 kliniek Helmond ○ 16 woonvoorziening adolescenten ○ 24 woonvoorziening zwerfjongeren ○ 16 OTS jongeren
Aantal cases	7 (nrs. 23 t/m 28) Dossiers zijn geselecteerd naar verwijzer/vindplaats (huisarts, MEE, AMW, BJZ, GGZ)

Opvattingen/inzichten behandelaar m.b.t. vraagstelling onderzoek

Mate voorkomen van combinaties	In veel gevallen wel
Algemeen	<p>Traject signalering → preventie → signalering → gebeurtenis → indicatie → zorg / behandeling / verblijf / onderwijs → ontslag</p> <p>Opgemerkt wordt dat het logisch is dat er een toegangspoort is, maar dat het gegeven dat het alleen via huisarts of BJZ mag, leidt tot allerlei omwegen (met het risico dat je ondertussen een kind kwijt raakt).</p> <p>MEE, school, GGD, Schoolmaatschappelijk werk, AMW; zij moeten allemaal eerst via BJZ of de huisarts (via de ouders) de verwijzing naar de Jeugd GGZ zien te realiseren.²⁴</p> <p>Ook de nieuwe Centra voor Jeugd en Gezin kunnen verwijzen. GGZ Oost Brabant krijgt 7 procent binnen via BJZ en 93 procent via de huisarts.</p> <p>BJZ kan de stroom niet aan (zij richten zich vooral op de PGB's) en laten het graag aan de huisarts over. BJZ is qua deskundigheid ook meer thuis in het systeemniveau (gezin) dan op het gebied van kindgeboren factoren.</p> <p>Omdat de ouders dus moeite moeten doen om binnen te komen, loop je juist bij justitiële zaken en multi-probleem gezinnen het risico dat het niet tot een verwijzing en aanmelding komt.²⁵</p>

²⁴ Bijvoorbeeld: als iemand bij de volwassenen GGZ een ouder met een psychiatrische stoornis hoort praten over problemen met zijn kind, dan kan men dat niet meteen oppakken (terwijl een stoornis zich globaal in twee-derde van de gevallen reproduceert), maar moet het via de huisarts lopen.

	<p>BJZ veel kennis op systeem niveau (gezin), maar geen kindgeboren factoren</p> <p>GGZ OB heeft een tijd geleden BJZ 1500 dossier gescreend en geconcludeerd dat men met de helft graag bemoeienis zou hebben gehad. Aanleiding was het volgende. Bij justitiële inrichting startte men een poli (september 2006). Er kwamen in die maand 33 aanmeldingen binnen, waaronder 18 verwaarloosde ADHD'ers (veelal met OTS). Dan is er in het voortraject kennelijk niet opgelet, want een deel daarvan had je al moeten hebben afgevangen. Daarop is men meer dossiers gaan screenen.</p>
Volgtijdelijke combinaties	<p>Keten of losse schakels?</p> <p>Er is veel goede samenwerking. Toch worden wielen vaak nog opnieuw uitgevonden.</p> <p>Bij diagnostiek is het jammer dat BJZ wel onderzoek doet, maar daarbij niet observeert, terwijl die observaties juist voor de GGZ belangrijke indicaties kan opleveren, maar dubbel onderzoek doen is weer niet verstandig.</p> <p>Het basisonderwijs koopt diagnostiek bij GGZ OB in, in het voortgezet onderwijs laat men onderzoek doen door eigen psychologen. Een gemeenschappelijk diagnostisch centrum zou ideaal zijn.</p>
Parallele combinaties	<p>Ieder voor zich of samen?</p> <p>Zie hiervoor</p> <p>Naar aanleiding van kritiek op de overgang van psychiatrische behandeling naar orthopedagogische is men, met steun van provincie en zorgverzekeraars samen gaan werken in een voorziening: 8 plekken GGZ en 8 plekken orthopedagogisch behandelcentrum. Je moet die 8-8 verdeling aan kunnen houden om samen te kunnen werken, maar de indicatiestelling houdt zich daar niet aan. Dat leidt er toe dat er soms plekken open staan waar je niets mee kunt.</p> <p>Vergelijkbaar probleem: er is een project met 24 RIBW-bedden (beschermd wonen) voor zwerfjongeren (vaak jongeren met psychiatrische stoornis). Daarvoor is een CIZ-indicatie nodig; wachttijd 10 weken. Maar je kunt die jongeren niet nog eens tien weken laten zwerven, dus plaats je ze (onbekostigd) in afwachting van de indicatie</p>
Inschatting effectiviteit jeugdzorgketen	<p>Juiste zorg?</p> <p>Tijdige zorg?</p>

²⁵ Kinderen uit Multi probleem gezinnen vallen pas voor het eerst in het onderwijs op; het is zaak er dan snel bij te zijn. Juist bij die gezinnen is de tussenstap dat men naar de huisarts moet, niet altijd bevorderlijk voor de snelheid van handelen.

	<i>Effectieve zorg?</i>
Systeemgebonden oorzaken / achtergronden van volgtijdelijke / parallele zorg e.d.	<p>Verkokering.</p> <p>In de praktijk is het veel gemakkelijker om in eigen beheer iets anders te doen (aan de voordeur te verbreden) dan om samen iets te gaan doen.</p> <p>Bekostiging, regelgeving, verschillende CAO's; software: het zijn allemaal belemmerende factoren.</p> <p>Samenwerking vereist drie boekhoudingen; één voor elke partner en een gezamenlijke.</p> <p>Elders inkopen van een goede therapie is vrijwel ondoenlijk, dus probeer je zelf maar iets vergelijkbaars aan te bieden.</p> <p>Telkens krijgt een bepaalde partij weer eens wat extra geld en die gaat dan zelf dingen verzinnen.</p> <p>Door bezuinigingen de afgelopen periode op preventie moet je bij samenwerking vaak geld vragen. ZAT's zijn afhankelijk van WMO-gelden; voor voorlichting op peuterspeelzalen met oog op vroegsignalering is geen budget.</p>

De La Salle (Jeugd-lvg)**Algemeen**

Datum	23-10-2008
Instelling	De La Salle
Gesproken met	De G. Middel en C. de Graaf
Functie	<p>Hoofd cliëntenbureau a.i., de afdeling die de cliëntlogistiek vanaf intake tot zorg volgt en vastlegt.</p> <p>C. de Graaf, ggz-psycholoog in de functie van orthopedagoog en behandelcoördinator leefgroepen.</p>
	<p>Jaarlijks worden ongeveer 200 cliënten aangemeld, vaak met meer hulpvragen.</p> <p>Er zijn 200 plaatsen voor 24 uren zorg, deels op het terrein (110), maar ook op buitenlocaties (in min of meer gewone woningen, met telkens een groep van 12 jongeren). Verder wordt 'hulp aan huis' gegeven (2-300 cliënten), is er op enkele locaties naschoolse dagbehandeling en wordt weekend- en vakantie zorg aangeboden.</p> <p>LVG-doelgroep: LVG groep IQ 55 – 85, plus altijd gedragscomponent. Kenmerkend is het verschil in 'leeftijden'.</p> <p>Bijvoorbeeld:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kalenderleeftijd 18 jaar • cognitief 14 jaar • didactisch 11 jaar • sociaal-emotioneel: 6 jaar <p>Zwaartepunt is de groep van 12-18 jaar (want in de puberleeftijd escaleert het snel), maar er is ook wel oplopende vraag van jonger 12 jaar</p> <p>Er is school op terrein (so en vso mlk-zmok). De meesten gaan ook naar die school. Deel van de kinderen blijft vaak wat langer op SO (ook na 12 jaar). Op die scholen zitten ook kinderen die verder niet onder behandeling van De La Salle staan.</p> <p>Vrijwel iedereen zit er vrijwillig (AWBZ, WGBO van toepassing), slechts enkelen met rechtelijke machtiging (gevaarscriterium, BOPZ van toepassing; deur op slot).</p> <p>Ook al is er een OTS, dan nog moet de jeugdige tekenen voor behandeling (is verplicht). Ook een jeugdige die uit huis geplaatst is, kan men niet tegenhouden als hij zich aan behandeling wil onttrekken. Wil iemand niet tekenen, dan wordt hij niet opgenomen en moet de voogd een oplossing zoeken.</p> <p>Bij jongeren die vanuit een JJI geplaatst zijn, is er een stok achter de deur; als zij niet meerwerken, gaan ze terug naar de JJI.</p>
Aantal cases	5 (nrs. 30 t/m 34)

Opvattingen/inzichten behandelaar m.b.t. vraagstelling onderzoek²⁶

Mate voorkomen van combinaties	In alle gevallen
Algemeen	<p>Traject signalering → preventie → signalering → gebeurtenis → indicatie → zorg / behandeling / verblijf / onderwijs → ontslag</p> <p>De La Salle is een piramidevoorziening (of 'eindstation') met veel voorliggende trajecten. Er is meestal veel aan voorafgegaan (zichtbaar aan de dikte van de dossiers) en uiteindelijk komen de kinderen/jongeren met een 24-uurs indicatie daar terecht.</p> <p>Dat is ook een gevolg van het 'Zo-zo-zo beleid'²⁷. Dat resulteert er in dat er heel veel gebeurd is voor kinderen hier komen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er wordt eerst ambulante gestart. • Dan komt Families first. • Op enig moment is er een eerste crisisplaatsing. • Dan wordt naschoolse dagbehandeling/Boddaert ingezet • Zaken escaleren verder: leerplicht, politie. • En dan OT/withuisplaatsing <p>Als het andere gefaald heeft, wordt het een 24-uurs voorziening</p> <p>Vaak gaat het mis in de puberteit. Als je dan terug gaat kijken, waren er eerder al signalen. Soms is het ook gewoon pech hebben; dan gaat het redelijk goed op school, maar heeft een wisseling van leerkracht grote gevolgen.</p>
Volgtijdelijke combinaties	In alle gevallen omdat het een eindstation is.
Parallele combinaties	<p>In vrijwel alle gevallen altijd een parallelle combinatie met speciaal onderwijs. (behalve voor de wat oudere jongeren die meer gebaat zijn met directe arbeidstoeleiding)</p> <p>Voor zover het om 24-uurs voorziening gaat, zijn er verder geen parallelle combinaties</p>
Inschatting effectiviteit jeugdzorgketen	<p>Juiste zorg? Als ze eenmaal in de Jeugd LVG zitten, krijgen ze adequate zorg; daarvoor lang niet altijd.</p> <p>Tijdige zorg? Bijna altijd te laat.</p> <p>Effectieve zorg? Niet in die zin, dat het opgelost wordt of dat het kind 'beter' wordt. In de meeste gevallen is er daarna nog hulpverlening nodig OTS en Jeugdhulpverlening stoppen met 18 jaar; een deel van de jongeren vertrekt dan meteen; een deel blijft aangewezen op intensieve begeleiding. Maar dat kan alleen in een vrijwillig kader. Zij gaan dan naar VG-voorziening of begeleid zelfstandig wonen. Dat aanbod is schaars en dus zijn er veel doorstroom problemen.</p>

²⁶ Dit aan de orde stellen *nadat* alle dossiers zijn doorgenomen. Het gaat hier *niet* om bespiegelingen m.b.t. de *afzonderlijke cases* (die komen per casus aan de orde), maar om opvattingen, ervaringen en inzichten m.b.t. de onderzoeksvraagstelling.

²⁷ Zo dicht mogelijk bij huis, zo kort als mogelijk en zo licht als verantwoord. Als toevoeging is er nog een vierde 'zo': zo snel mogelijk.

Systeemgebonden oorzaken / achtergronden van volgtijdelijke / parallele zorg e.d.	<p>Zie opmerkingen over zo-zo-zo beleid.</p> <p>Er is veel overvraging; ouders willen het beste en het hoogste voor hun kind. Dat leidt nu ook tot een jacht op classificatie om kinderen met rugzak zo lang mogelijk in het onderwijs te houden.</p> <p>Het is vaak een onderschatting van de ernst. Als sprake is van een reactieve hechtingsstoornis, heeft een pleeggezin e.d. geen zin en is 24 uursaanpak nodig.</p>
Regionale aspecten	<p>In Brabant heb je nog veel VG-aanbieders met grote terreinen. Door de extramuralisering van de VG-zorg gebruiken zij de voorzieningen om de LVG-doelgroep aan te trekken, terwijl zij voor de begeleiding niet de juiste expertise in huis hebben.</p>
Overig	<p>De geïndiceerde zwaartecategorie is vaak te licht voor 24-uurs opvang. Met name de jongeren die grotendeels een-op-een begeleiding nodig hebben, vragen veel.</p> <p>Eigenlijk heb je zorgzwaartepakket 3 nodig, maar vaak is er een lagere indicatie.²⁸</p> <p>LVG is lastig te positioneren tussen VG-sector en jeugdhulpverlening aan de andere kant.</p>

²⁸ Komt voor een deel omdat ouders (maar ook hulpverleners, zoals MEE) bij het scoren van problemen (zij moeten lijsten invullen) de neiging hebben om milder te zijn dan gerechtvaardigd (voogden zijn reëler in hun inschatting). Verder treedt op dat succes in de behandeling meteen tot een lagere score en zorgzwarte leidt. Terwijl als de zorg wegvalt, de problemen weer zullen opkomen.

Herlaarhof**Algemeen**

Datum	26 oktober 2008
Instelling	Herlaarhof (onderdeel Reinier van Arkel groep)
Gesproken met	Mw. A. Struik
Functie	Behandelcoördinator polikliniek (kinderen); programmaleider (verantwoordelijk voor zorgprogramma's en daaraan gerelateerd behandelbeleid)
Aantal cases	4 (nrs. 35 t/m 38)
Instelling	Herlaarhof is een psychiatrisch centrum met 6 vestigingen op 5 locaties Er is een kliniek met 110 bedden; een poli LVG en psychiatrie en een logeershuis. Herlaarhof is een van de vier topreferent traumacentrum voor ernstig getraumatiseerde kinderen. In totaal zijn er 2000 intakes per jaar.

Opvattingen/inzichten behandelaar m.b.t. vraagstelling onderzoek

Mate voorkomen van combinaties	Eigenlijk in alle gevallen
Algemeen	Traject signalering → preventie → signalering → gebeurtenis → indicatie → zorg / behandeling / verblijf / onderwijs → ontslag
Volgtijdelijke combinaties	In veel gevallen is voorafgaand sprake van zorg of hulpverlening
Parallele combinaties	In het geval van een opname is er altijd de combinatie met speciaal onderwijs. Bij poliklinische/ambulante behandeling is er soms ook een combinatie met de eigen ZMOK-school; daarnaast ook verschillende andere combinaties
Inschatting effectiviteit jeugdzorgketen	<p>Juiste zorg? Niet altijd.</p> <p>Tijdige zorg? Valt nog geregeld tegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doordat er altijd eerst lichtere vormen worden ingezet, duurt het voor een deel van de kinderen (te) lang voordat ze op de goede plek zitten) • Ook ouders houden soms behandeling tegen • Hier zijn vaak veel telefoontjes nodig om te bevorderen dat het estafettestokje wordt overgenomen (door BJZ, AMK, Raad). <p>Effectieve zorg? Niet altijd.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kinderen die binnen een residentiële hulpverleningssetting of binnen een JJI zitten, kunnen bijna nooit gebruik maken van ambulante behandeling. Zij krijgen dat niet omdat het (vanwege specialistisch karakter) niet in het residentiële pakket zit. Zij krijgen dan alleen algemene hulp, maar geen gespecialiseerde. Dat is natuurlijk niet optimaal.

	<ul style="list-style-type: none"> • Vaak zijn er meerder kinderen en/of ouderen in een gezin die allemaal eigen indicaties hebben en dat leidt tot een suboptimaal aanbod. Je hebt dan bijvoorbeeld twee PGB's (één voor kind en één voor ouder), die je elk maar specifiek mag inzetten, terwijl je met één 'gezins-PGB' misschien veel beter uit de voeten zou kunnen. • Regie: het kind met een IQ onder 80 moet naar MEE en het kind met een IQ daarboven moet naar de jeugdhulpverlening. Je zit dan meteen al met twee casemanagers op een gezin. • Afstemming en contact met andere zorg- en hulpverlening kost veel tijd en levert vaak weinig op. Je raakt soms in cirkels: als een ouder niet meewerkt (niet op afspraak komt, telefoon niet opneemt e.d.) schakel je BJZ in. Die zegt dan dat ze te weinig informatie hebben (maar dat was nu juist de reden). Als na en paar keer bellen geen reactie komt van BJZ of het AMK, is de verleiding groot het maar te laten lopen.
Systeemgebonden oorzaken / achtergronden van volgtijdelijke / parallelle zorg e.d.	<p>Er wordt beleidsmatig in getrapte zorg gedacht (uitgaande van een zekere opbouw), maar in de praktijk werkt dat niet goed.</p> <p>Als je naar een kind kijkt, kun je geregeld meteen zeggen wat er zou moeten, maar je moet dan altijd verschillende stappen door. Het moet altijd eerst in de jeugdhulpverlening, dan in de AWBZ, en eventueel naar Justitie. In veel gevallen moeten wij constateren dat het kind eerder bij ons terecht had moeten komen, of dat een kind beter binnen Justitie dan bij ons zou moeten zitten.</p>
Regionale aspecten	<p>Er komen nu Centra voor Jeugd en Gezin. Het is overigens de vraag of weer een voorziening erbij nu zoveel gaat oplossen.</p> <p>In deze regio bestaat een lange wachttijd voor AMK-onderzoek.</p>
Overig	<p>Een voorbeeld (uit casus 35; zie hieronder) over hoe zaken soms (niet) werken.</p> <p>Moeder is gehandicapt (gefixeerde rug) en depressief. Zij zou alleen kunnen fietsen in een aangepast fiets (laag zadel en vering). Gemeente stelt dat dat niet verstrekt kan worden, maar dat de vrouw wel in aanmerking komt voor een (veel duurdere) scootmobiel. De vrouw wil echter liever een fiets en dat is vanuit behandeloogpunt (gegeven depressie) ook beter: bewegen is positief. De zorgverzekeraar vergoedt echter geen fiets, want dat is een gewoon vervoermiddel.</p> <p>Ander voorbeeld: de carrousel (case 36) rond aanvraag voor toeleiding naar werk: UWV-BJZ-MEE-CIZ-BJZ.</p> <p>In casus 37 zit een complexe PGB. BJZ probeert deze te voorkomen (omdat uithuisplaatsing goedkoper is). Verder heeft BJZ soms de neiging de invulling voor te schrijven, door een aparte training sociale vaardigheden te bepleiten terwijl in dit soort gevallen de sociale vaardigheidstraining veel beter geïntegreerd in de begeleiding op de thuissituatie kan plaatsvinden.</p>

BJZ Noord Brabant**Algemeen**

Datum	3 november 2008
Instelling	BJZ Noord-Brabant
Gesproken met	Mw. M. Beenker
Functie	Gedragswetenschapper
Aantal cases	5 (nrs. 39 t/m 43)

Opvattingen/inzichten behandelaar m.b.t. vraagstelling onderzoek

Mate voorkomen van combinaties	<p>Een groot deel van de aanmeldingen kan met een beperkte, eenmalige inzet van jeugdhulpverlening worden geholpen. Maar er is ook een substantieel aantal gevallen waarin sprake is van combinatie van zorg. Er zijn twee categorieën:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zorgcombinaties zijn meestal aan de orde als het gaat om ernstige stoornissen in het kind. Vaak is dan opeenvolgende zorg nodig voordat duidelijk is wat er aan de hand is, ook omdat in de loop van de tijd de problemen ernstiger worden en door de ouders minder goed te hanteren zijn. Geregeld gaat dat dan ook samen met parallelle zorg. • Zorgcombinatie in het geval van kindproblematiek die op zich klein (of zelfs afwezig kan zijn) maar waarbij de systeemzwakte doorslaggevend is. Daar is vaak veel volgtijdelijke zorgcombinaties omdat je moet zoeken naar hoe je ouder aan het werk krijgt en hoe je kind toerust. Dat is gepuzzel en veel herhaling van zetten want je moet cliënt en ouders steeds weer meenemen (terwijl er vaak van beperkt zelfinzicht en reflectievermogen sprake is). Je moet soms de cyclus paar keer doorlopen wil het kwartje vallen.
Algemeen	<p>Traject signalering → preventie → signalering → gebeurtenis → indicatie → zorg / behandeling / verblijf / onderwijs → ontslag</p> <p>Er is soms een tamelijk lang traject nodig voordat duidelijk is wat er nu precies aan de hand is wat je het beste kunt doen. Dat is deels onontkoombaar omdat het tijd kost voordat je een goed beeld hebt en omdat zaken zich vaak moeten ontwikkelen (het is nodig om het proces te volgen). Het deels ook het gevolg van tijdgebrek: casemanager heeft weinig tijd en kan er niet diep induiken en/of boven op zitten. Ook is er een relatie met verkokering.</p>
Volgtijdelijke combinaties	<p>Keten of losse schakels?</p> <p>Er zijn veel organisaties met hun eigen financieringsstromen en hun eigen beheersingslogica. Het beleid daarvan is soms teveel bezig met waar (lees bij welke financier) bepaalde problemen zouden moeten liggen.</p> <p>Verder wordt het idee van losse schakels versterkt door de wachttijden. Het duurt soms te lang voor er een volgende stap gezet wordt. Een goede instelling in de regio (Widdonck) had een tijd terug een wachtlijst van twee jaar. Dat kan natuurlijk niet. (Nu is de wachtlijst 7 maanden.)</p>

	<p>De cases laten ook zien dat geïndiceerde behandeling daarom soms niet doorgaat (en dus juist geen zorgcombinatie ontstaat). PGB na een opname is vaak heel logisch (bij jeugdpsychiatrische problematiek) omdat zonder die voorziening een terugkeer naar huis er niet altijd in zit.</p>
Parallele combinaties	<p>Ieder voor zich of samen? Zie onder 'volgtijdelijk'. Verder kost overleg met betrokken partijen veel tijd, en die heeft de casemanager maar in beperkte mate.</p>
Inschatting effectiviteit jeugdzorgketen	<p>Juiste zorg? In veel gevallen wel; in het geval van zorgcombinatie (maar lang niet altijd is daar sprake van) is vaak tijd nodig om het goed in te kunnen schatten, of blijkt achteraf dat er toch meer (of iets anders) nodig is.</p> <p>Tijdige zorg? Geregeld is sprake van (te) lange wachttijden. Verder duurt het vaak best lang voordat er duidelijkheid is, zeker als er sprake is van betrokkenheid van verschillende partijen. En ook als er wel duidelijkheid is, kan er bij betrokkenheid van verschillende hulpverleningsinstellingen sprake zijn van coördinatieproblemen.</p> <p>Effectieve zorg? Effect is voor een deel afhankelijk van wat ouders/gezin/systeem aankunnen, en van wat het kind aan kan. Je kunt maar zelden volstaan met aanpak/behandeling van het kind alleen.</p>
Systeemgebonden oorzaken / achtergronden van volgtijdelijke / parallele zorg e.d.	<p>Veel instellingen met eigen financieringsstromen (provincie, gemeente, AWBZ, justitie, zorgverzekeraar) waardoor integrale sturing bemoeilijkt wordt. Op de werkvloer wordt overigens al wel (en gaandeweg meer) samen gewerkt, ondanks dat dat financieel niet gefaciliteerd wordt.</p> <p>Bij problemen wordt er telkens iets aan het systeem toegevoegd: Zo lijken de Centra Jeugd en Gezin weer sterk op wat destijds met de BJZ beoogd werd. Mogelijk ontstaat er spanning vanwege verschil in sturing (door respectievelijk gemeente en provincie)</p> <p>Teveel is op beheersing gericht en relatief te weinig op het kind. Straks hebben we een verwijsindex en dan gaan we allemaal melden, maar dan? Van belang is dat er dan ook een hulpaanbod is dat daar op kan aansluiten. Vaak wordt er goed gesignaleerd, maar ontbreekt het daarna aan een goed hulpaanbod.</p> <p>Ook wordt er teveel energie gestopt in beheersing in plaats van in hulpverlening.</p> <p>De casemanager heeft maar weinig tijd: in Noord Brabant 14 uur per kind op jaarbasis voor casemanagement; dat beperkt wat je kunt doen.</p> <p>De doelgroep van de Toegang tot BJZ is breed, maar wat de casemanager binnen de toegang kan bieden, is beperkt; bij de jeugdbescherming is meer tijd per cliënt beschikbaar (caseload van 15 per fte). De daar gebruikte Deltamethode lijkt effectief te zijn. Wanneer je meer in begin van de route meer tijd zou hebben, zou dat aan de achterkant meer op kunnen leveren: meer inzet aan het begin is later mogelijk kostenbesparend.</p>

Werkgroep forensische zorg Landelijke oudervereniging Balans

Algemeen

Datum	3 november 2008
Vereniging	Landelijke oudervereniging Balans Een vereniging voor ouders van kinderen met ontwikkelingsproblemen bij leren en gedrag, waaronder ADHD, dyslexie en PDD-NOS. ²⁹
Gesproken met	Leden werkgroep forensische psychiatrie

Opvattingen/inzichten m.b.t. vraagstelling onderzoek

Mate voorkomen van combinaties	Ja, komt heel veel voor.
Algemeen	<p>Traject signalering → preventie → signalering → gebeurtenis → indicatie → zorg / behandeling / verblijf / onderwijs → ontslag</p> <p>Er zijn tal van problemen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signalering: signalering van ouders wordt vaak niet (tijdig) opgepakt. Je moet vaak hemel en aarde bewegen om wat gedaan te krijgen. Uitgangspunt van de hulpverlening is dat het eerst mis moet gaan (er moet iets gebeuren) voordat er wordt ingegrepen. Wrang is dat, als dat dan gebeurt, de ouders in het beklagdenbankje kunnen komen te zitten omdat ze niks gedaan zouden hebben om het voorkomen (of omdat het aan hen zou liggen). • Preventie: is er, gelet op het voorgaande, vaak niet of nauwelijks. Wel wordt de laatste tijd in een later stadium vakere MST (Multi System Therapy) of FFT (Functional Family Therapy) ingezet. • Gebeurtenis: helaas is in de meeste gevallen een ernstige gebeurtenis (crisis, politiecontact, verwijdering van school) nodig tot hulpverlening te komen. • Indicatie: voor alles is indicatie en herindicatie nodig. Onvoldoende onderkend wordt dat psychiatrische stoornissen en met name ontwikkelingsstoornissen (zoals autisme) niet overgaan. Daar blijft extra zorg en hulpverlening nodig. Het kan soms wel wat minder, maar bij elke nieuwe levensfase is er weer veel aandacht nodig. Wrang is in dit verband dat elke verbetering zich tegen je keert. Als het even betere gaat, wordt gezet dat de indicatie wel kan vervallen, terwijl men vergeet dat het beter gaat dankzij de zorg. Valt die weg, dan is er meteen een terugval. Het kost allemaal erg veel tijd en energie. • Zorg e.d.: uiteraard zijn er veel wisselende ervaringen. Binnen het 'hokje' waar het kind eenmaal in zit, loopt het vaak wel, zodra er meer sporen tegelijk lopen, of bij volgtijdelijke wisselingen is het beeld negatiever (zie verderop)

²⁹ Zie ook <http://www.steunpuntforensischezorg.nl/>.

	<ul style="list-style-type: none"> • Ontslag: bij ontslag is veelal niets geregeld; je moet het als ouders zelf maar uitzoeken hoe er vervolgens misschien weer wat geregeld wordt – met alle risico's van dien dat er in die periode weer wat mis gaat.
Volgtijdelijke combinaties	<p>Keten of losse schakels?</p> <ul style="list-style-type: none"> • De ervaring is dat het losse schakels zijn; er is geen goede overdracht en afstemming. • Alle overgangen zijn moeilijk te nemen breukvlakken: <ul style="list-style-type: none"> ○ Overgang voorschools – school ○ Overgang basisonderwijs – voortgezet onderwijs ○ Overgang voortgezet onderwijs – ROC dan wel werk(toeleiding) <p>Telkens begint het weer opnieuw</p>
Parallele combinaties	<p>Ieder voor zich of samen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Er is geen overkoepelende regie die iets voorstelt. In de praktijk moet je als ouder vaak dan maar een soort van case manager rol op je nemen (die uiteraard lang niet altijd in dank wordt afgenomen) • Als ouder zit je te dealen met <ul style="list-style-type: none"> ○ BJZ casemanager ○ Afdeling kinderpsychiatrie ○ PCL of Cvl ○ Gemeente ○ REC ○ SVB (TOG) ○ CIZ-AWBZ ○ Zorgverzekeraar
Inschatting effectiviteit jeugdzorgketen	<p>Juiste zorg?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zeer wisselende ervaringen. • Er is nog nauwelijks sprake van echt vraaggericht werken of maatwerk: iedere instelling hanteert zijn standaard aanpakken. • In dit verband: er is weinig oog voor inbreng van ouders (die hun kind immers goed kennen) m.b.t. concrete invulling van de behandeling. <p>Tijdige zorg?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vaak te laat, doordat er eerste iets mis moet gaan, dan wel lange indicatiewegen bewandeld moeten worden en er vervolgens nog vaak wachtlijsten zijn. De wachtlijsten zijn vaak zo lang dat de geldigheidsduur van je diagnose alweer verlopen is op het moment dat je binnen bent (en dan begint het weer opnieuw). • Het zo-zo-zo beleid is in veel gevallen prima (ook al komt het er in de praktijk vaak niet van), maar miskent dat in bepaalde gevallen een vroegtijdig en intensief (eventueel residentieel) ingrijpen het beste is.

	<p>Effectieve zorg?</p> <p>Onvoldoende vanwege:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Te laat ingrijpen waardoor behandeling langer moet duren en er soms als onomkeerbare zaken gebeurt zijn (strafblad e.d.) • Ontbrekende regie en synergie bij parallelle zorg • Idem bij volgtijdelijke zorg • Niet geregeld zijn van voorziening bij ontslag waardoor kiemen voor een volgende cyclus weer gelegd zijn.
<p>Systeemgebonden oorzaken / achtergronden van volgtijdelijke / parallelle zorg e.d.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Het zo-zo-zo beleid is deels prima, maar in de uitwerking lijkt het soms vooral 'zo goedkoop mogelijk' te betekenen. • Er is teveel geïnstitutionaliseerd wantrouwen, vooral rond indicatiestelling. Als je hulp zoekt, is de benadering niet: hoe kan ik je helpen, maar: bewijs eerst maar eens hard dat er iets aan de hand is. • Er is veel wantrouwen naar ouders die vaak het gevoel hebben gezien te worden als slechte opvoeders. • Iedere voorziening gaat vooral uit van zichzelf, de eigen regels en systematiek (en de eigen beleidsdoelstelling en financiële taakstellingen); ouders en kind moeten zich daar naar zetten en eventuele andere instantie evenzeer. • Het voorgaande geldt ook voor de behandeling: er is sprake van een vrij algemene werkwijze en aanpak, en nog maar weinig van vraaggericht werken of maatwerk voor het kind • Er is meer aandacht voor straf dan voor behandeling: als je als ouder hulp wilt voor je kind zijn de deuren gesloten, maar zodra je kind iets steelt, gaan de deuren van de gesloten voorzieningen open, maar behandeld wordt er dan nog steeds niet. • Er is ook een tweedeling: sommige ouders kunnen wel particulier wat bij regelen, terwijl anderen dat niet kunnen. In veel gevallen moeten ouders minder gaan werken (of houdt een van de partners op met werken) om zorg en opvang voor het kind te bieden. • Al met al moet je zeer sterk in je schoenen staan om als ouders betrokken te zijn en te blijven. In dit verband wordt gewezen op onderzoek van OG Heldringstichting dat maar 1 procent van de ouders van de daar geplaatste kinderen een betrokkenheid wil. Dat zegt niet alleen maar iets over die ouders.
<p>Regionale aspecten</p>	<p>Het voorzieningenpatroon speelt een rol . Er wordt een voorbeeld genoemd van crisisopvang, vanwege wachtlijsten in de buurt kwam men op 110 kilometer van de woonplaats uit.</p>
<p>Overig</p>	<p>Ouders wijzen op de volgende punten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Het hebben van een kind met een psychiatrische stoornis en/of ontwikkelingsproblematiek is zeer belastend (voor ouders en de rest van het gezin). Dat weten hulpverleners op zich wel, maar echt erkend wordt het niet en er wordt ook geen rekening mee gehouden

	<ul style="list-style-type: none">• Het is prima dat het kind centraal staat in het beleid, maar het gevolg is wel dat ouders daardoor soms aan de kant staan en vaak ook aan de kant gezet worden.• In dit verband wordt te gemakkelijk (een deel van) de schuld gelegd bij de opvoeding/tekort schietende ouders (terwijl bekend is dat deze kinderen specifieke opvoedvaardigheden vragen die niet in het 'normale' pakket van betrokken en stabiele ouders zitten).• Stoornissen leiden soms tot wantrouwen, manipulatief gedrag e.d. Te gemakkelijk wordt wat kinderen over hun ouders zeggen dan voor waar aangenomen.• Veel ouders zijn ervaringsdeskundigen en hebben ook veel informatie over de stoornis van hun kind. Die ervaringsdeskundigheid kan van belang zijn voor de inrichting van een optimale behandeling. In de praktijk is daar vaak weinig tot geen belangstelling voor. Soms zijn ouders deskundiger dan de groepsleider, maar dat kun je maar beter niet laten merken. Ouders vinden het ook vervelend om een (beschuldigende) les gelezen te krijgen door een jonge hulpverlener of voogd zonder levenservaring.• Ouders worden veelal als (oorzakelijke) systeemcomponent gezien en vrijwel nooit als partner in zorg• In dit verband worden voorbeelden genoemd van Raadszittingen e.d. waar ouders niet gehoord worden
--	--

Bureau Jeugdzorg Utrecht**Algemeen**

Datum	25 november 2008
Instelling	BJZ Utrecht
Gesproken met	Harmke Bergenhenegouwen
Functie	Gedragswetenschapper
Aantal cases	4 (nrs 52 t/m 55)

Opvattingen/inzichten m.b.t. vraagstelling onderzoek

Mate voorkomen van combinaties	Combinaties komen heel veel voor, meer regel dan uitzondering, zeker bij de combinatie van problematiek bij ouders en kind.
Algemeen	De cases van BJZ Utrecht zijn met name gezocht bij jeugdigen met een maatregel.
Volgtijdelijke combinaties	<p>Er zijn wel patronen waar te nemen in zorgopeenvolging.</p> <p>1 In veel gevallen is de problematiek bij de eerste contacten met BJZ nog beperkt. Er wordt terugverwezen naar het voorliggend veld, maar komt men er daar niet uit dan zien we een terugkeer bij BJZ. Er is een voorkeur om jeugdigen zo lang mogelijk in de eigen gezinssituatie te begeleiden, maar leidt dit niet tot verbeteringen, dan zien we het opschalen van de zorg naar dagbehandeling of de residentie.</p> <p>2 Als de problematiek onder controle is, dan proberen we met meer ambulante trajecten de terugkeer naar de gezinssituatie te bevorderen. In beide zorglijnen is dus een duidelijke volgtijdige combinatie van zorg aanwezig.</p>
Parallele combinaties	De combinaties zorg en onderwijs liggen voor de hand. Vanuit de regelgeving, maar ook vanuit inhoudelijke overwegingen, zie je de combinatie dagbehandeling en verblijf gecombineerd worden met speciaal onderwijs.
Inschatting effectiviteit jeugdzorgketen	Een deel van de kinderen herbergt een meervoudige problematiek, veelal in combinatie met beperkte pedagogische kwaliteiten van ouders. Dit betekent dat een duidelijke afstemming van behandeltrajecten noodzakelijk is. De tijd die daarvoor geboden wordt vanuit de bekostiging is echter beperkt. Met name het casemanagement bij BJZ lijkt wel een stiefkindje in de jeugdzorgketen.
Systeemgebonden oorzaken / achtergronden van volgtijdelijke / parallele zorg e.d.	<p>Wat niet helpt is dat er nog steeds geen sprake is van één toegang tot het brede palet aan zorg. Wij (BJZ) hebben die rol van toegang wettelijk gekregen, maar er zijn ook nog andere entrees (huisarts, CIZ en Cvl). Indien een jeugdige op basis van een crisismelding in de keten komt, dan is het werken over de grenzen van de sectoren en instellingen heen minder een belemmering.</p> <p>De wachtlijsten, bij zorgaanbieders, maar ook bij jeugd-ggz en jeugd-lvg belemmeren een goede doorstroming. Dit leidt tot kinderen die te weinig zorg krijgen bij gebrek aan zwaardere zorg, maar ook tot situaties dat kinderen op een voor de sector "dure" plek blijven zitten, omdat lichter zorgaanbod niet voorhanden is.</p>

Regionale aspecten	Met name de verschillen in het lokale veld spelen parten. De grote steden in de provincie hebben een substantieel aanbod van voorliggende voorzieningen. Bij kleinere gemeenten ontbreekt het aan een dekkend aanbod. Wellicht dat de WMO daarin verbetering kan brengen.
Overig	Een substantiële tijdstoekenning ten behoeve van casemanagement zou een welkome aanvulling zijn, zowel bij parallelle als volgtijdige combinaties.

Commissie Zorg en Welzijn, NVA**Algemeen**

Datum	26 november 2008
Vereniging	Nederlandse Vereniging voor Autisme ³⁰
Gesproken met	Commissie Zorg en Welzijn ³¹

Opvattingen/inzichten m.b.t. vraagstelling onderzoek

Mate voorkomen van combinaties	Combinaties komen heel veel voor, meer regel dan uitzondering
Algemeen	•
Volgtijdelijke combinaties	Deze komen eigenlijk standaard voor, en wel om twee redenen. <ul style="list-style-type: none"> • Enerzijds onder meer omdat autisme vaak niet onderkend/gediagnosticeerd wordt. De in die gevallen ingezette vormen van zorg of behandeling hebben dan geen effect waardoor een volgend traject ingegaan zal worden. • Anderzijds omdat autisme een chronische stoornis is die nooit overgaat en een stoornis waarbij bij elke wisseling naar een volgend levensfase (overgang van gezin naar crèche, overgang naar basisonderwijs, naar voortgezet onderwijs, naar beroepsonderwijs of arbeidsmarkttoeleiding, naar werk, naar zelfstandig/beschermd wonen) weer nieuwe vaardigheden moeten worden aangeleerd en oude moeten worden onderhouden. Er is eigenlijk continu ondersteuning nodig, die qua intensiteit wel wat kan wisselen, maar die bij voorkeur nooit helemaal wegvalt.
Parallele combinaties	Parallele combinaties zijn vaak aan de orde. Dat heeft ook te maken met het feit dat de bestaande instellingen elk maar een deel van wat vaak nodig is, kunnen leveren. In de meeste gevallen is behoefte aan een combinatie van: <ul style="list-style-type: none"> • Behandeling, bijvoorbeeld in de vorm van medicatie; dat vereist psychiatrische deskundigheid • Begeleiding, psycho-educatie en ouderondersteuning zoals die door jeugd-ggz kunnen worden aangeboden • Ondersteunende en activerende begeleiding (waarvoor AWBZ/PGB nodig is). Omdat deze zaken niet als één pakket verkrijgbaar zijn, is parallelle zorgcombinatie vaak onontkoombaar.
Inschatting effectiviteit jeugdzorgketen	De effectiviteit is gering om de volgende redenen: <ul style="list-style-type: none"> • Veel late signalering en daardoor late behandeling/ondersteuning, waardoor verergering van problematiek optreedt. Vroegsignalering is van belang omdat de jonge hersenen nog enigszins plastisch zijn • Er kan per definitie (gegeven de aard van de stoornis) nooit van <i>cure</i> sprake kan zijn; het gaat om blijvende <i>care</i>.

³⁰ Zie ook www.autisme.nl.

³¹ Er is ook gebruik gemaakt van *Een plek om te leven. Een onderzoek naar de leefsituatie van mensen met autisme*. Bilthoven: NVA, 2008.



	<ul style="list-style-type: none"> • Adequate behandelmethoden ontbreken eigenlijk nog goeddeels. Er is veel van medicatie sprake, maar de werking daarvan is betrekkelijk en er is sprake van ernstige bijwerkingen. Vooral voor pubers en adolescenten is er heel weinig. Overigens worden psycho-educatie en ouderbegeleiding gewaardeerd. • De functiescheiding in de jeugdzorg belemmert samenhang en synergie. • De aanpak is aanbodgericht en niet vraaggericht; het is veel standaardwerk: sova-trainingen e.d. Men probeert uit wat men in de aanbieding heeft; na een tijdje blijkt het niet te werken en dan stapt men over wat er verder nog is. Het gevolg van het gebrekig aanbod, vooral voor de leeftijdsgroep van 12 – 20 jaar, is dat er veel kinderen met autisme thuis zitten. Er zijn veel uitvallers • Het ontbreken van daadwerkelijke <i>ketenzorg</i> • De vele en op elkaar volgende wachttijden: <ul style="list-style-type: none"> ○ Na signalering kan het lang duren voor er diagnostiek plaats vindt (gemiddeld duurt dat twee jaar). Deels door wachttijd op diagnostiek, deels omdat eerst andere trajecten gelopen worden. Zo heeft BJZ de neiging de problematiek in termen van opvoedproblemen te duiden. Dat pas wordt eerste afgelopen. Er is verder ook niet zoveel kennis (bij BJZ) over waar goed diagnostiek geboden kan worden. Diagnostiek bestaat vaak enkel uit labeling, en kent geen handelingsgericht advies; dat impliceert weer een langere zoektijd naar behandeling na diagnostiek; ○ Dan moet gewacht worden op indicatiestelling; ○ Tenslotte moet gewacht worden op behandeling. In de tussentijd wordt de situatie van het kind er niet beter op.
<p>Systeemgebonden oorzaken / achtergronden van volgtijdelijke / parallele zorg e.d.</p>	<p>Het gaat om de al genoemde verkokering en functiescheiding. De jeugdzorg is gefixeerd op behandeling, op (liefst) korte trajecten met een kop en een staart. <i>Cure</i> staat voorop en de financiering laat niet veel <i>care</i> toe. Het gevolg is een opeenvolging en combinatie van kortdurende trajecten en een sterke neiging van ouders om te mikken op PGB (zie ook onder het kopje ‘overig’)</p> <p>De noodzaak van permanente herindicatie leidt tot opeenvolgende zorg. Ondanks het feit dat het om chronische stoornis gaat waarbij van een permanente ondersteuningsbehoefte sprake is, moet elk jaar en soms halfjaarlijks geïndiceerd worden. Omdat die indicatiecyclus vaak ook ongeveer zo lang duurt, zijn ouders daar dus permanent mee bezig. Verder leidt de herindicatie er toe dat succes wordt ‘gestraft’: als de ondersteuning blijkt te helpen, wordt deze (vanuit de fictie dat het om <i>cure</i> zou gaan) weer weggenomen.</p>
<p>Regionale aspecten</p>	<p>Er zijn regionale verschillen in termen van voorzieningenpatroon en in termen van aanwezigheid van instellingen die meer specifiek toegerust zijn op autismediagnostiek.</p>

Overig	<p>De scheiding tussen jeugdzorg en volwassenenzorg wordt ten onrechte op kalenderleeftijd gebaseerd. Jongeren met autisme zijn ‘achter’ in hun ontwikkeling, zodat je eigenlijk tot de leeftijd van ongeveer 27 jaar nog van jeugdzorg zou kunnen spreken deze nog van toepassing zou moeten kunnen zijn.</p> <p>De grote vraag naar PGB's is in zekere zin een verlegenheidsoptie. Het is niet zo dat ouders het zo leuk vinden om alles zelf te organiseren en te regelen; als een integraal pakket in het aanbod zou zitten, zou dat voor velen de voorkeur hebben.</p> <p>Er is nog steeds veel ondersignalering (al komt ook voor dat te snel naar het etiket gegrepen wordt). Gemiddeld rond het 9 levensjaar (maar er is een grote spreiding). De ervaring is dat BJZ de neiging heeft om het eerste in termen van opvoedproblematiek te duiden.</p> <p>Kinderen met autisme behoren tot de uitvallers. Het is de groep waar de onderwijsconsulenten en het CCE zich op richt, de groep waarvoor het reguliere aanbod te kort schiet. Van de doelgroep van onderwijsconsulenten en CCE bestaat ongeveer 80 procent uit mensen met autisme. Dat is een harde indicatie dat het om specifieke hardnekkige problematiek gaat waarvoor het bestaande zorgaanbod tekort schiet. Voor deze groep schiet de basiszorg tekort. De druk op PGB's hangt hier mee samen: de enige oplossing is immers om het dan maar in eigen beheer te organiseren.</p> <p>Een casemanager zou een welkome aanvulling zijn, zowel bij parallelle als volgtijdige combinaties.</p> <p>De rugzak in het onderwijs schiet vaak te kort; is er meer nodig om in de benodigde structuur voor de kinderen te kunnen voorzien. Daarom wordt vaak ook PGB ingezet in het onderwijs.</p>
---------------	--

BIJLAGE 3: 55 JEUGDZORGLOOPBANEN

Deze bijlage bevat de 55 jeugdzorgloopbanen zoals zij in kaart gebracht zijn op basis van de dossieranalyse.

Legenda:

-  behandeling, opname, ondersteuning
-  gebeurtenis, o.a. signalering, indicatiestelling, crisis

Speciaal onderwijs, REC 3, nr. 02

Jongen, 5 jaar, thuiswonend.

Toelichting vanuit REC: dit is een op zich wel typische instroom in cluster 3, maar komt niet heel vaak voor: ongeveer 5 op instroom van 250.

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2003			2004				2005				2006				2007				2008																								
				K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3																						
1		Signalering door ouders	Het viel ouders op dat het kind weinig (oog)contact maakte																																												
2		Verwijzing door consultatiebureau naar audiologisch centrum																																													
3		Audiologisch onderzoek	Contactsstoomnis wordt vasgesteld																																												
4	1. Provinciale jeugdzorg	Indicatiestelling BJZ	dagbehandeling vroegtijdige interventie; datum indicatiestelling niet precies bekend																																												
5	6. Speciaal onderwijs	Dagbehandeling op PI	Hier wordt ASS diagnose gesteld en gesteld dat kind nog niet toe is aan onderwijs																																												
6		Indicatie CIZ	indicatie OB-dag en AB-dag (ondersteunende begeleiding en activerende begeleiding)																																												
7		Behandeling op Orthopedagogisch dagcentrum	Verzorgt OB-dag en AB-dag. ODC constateert op enig moment dat kind aan school toe gaat zijn en zoekt daarop schoolplaatsing: aanmelding bij Cvl. De begeleiding loopt na plaatsing in onderwijs overigens door.																																												
8	6. Speciaal onderwijs	Indicatie voor speciaal onderwijs, cluster 3	Uit dossier niet duidelijk vanwaar verwijzing voor indicatiestelling kwam																																												
9	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing op ZML																																													

Speciaal onderwijs, REC 3, nr. 03

Jongen, 14 jaar, verblijf niet bekend (ws. uit huis geplaatst)

Toelichting vanuit REC: waarschijnlijk geval van misbruik; LVG, laag sociaal emotioneel functioneren. Kind vanuit andere provincie in de regio van het REC op een PI geplaatst. Daarom verzorgt deze Cvl de indicatiestelling. Hierdoor relatief weinig inzicht in voorgeschiedenis en actuele situatie.

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2000		2001				2002				2003				2004				2005				2006				2007				2008		
				K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3				
1		Plaatsing in SbaO	Voorafgaand op regulier basisonderwijs zonder extra zorg	[Blue bar covering 2000-2005]																																
2	4. Justitiële jeugdzorg	Uithuisplaatsing	OTS; data niet bekend; aannemelijk is signalering/incident rondom overgang SBaO - SO	[Blue bar covering 2005-2008]																																
3	6. Speciaal onderwijs	Indicatiestelling Cvl		[Blue bar covering 2005-2008]																																
4	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing op ZML (SO)		[Blue bar covering 2005-2008]																																
5		Opvoedingsondersteuning en ouderbegeleiding vanuit Mee	Voorafgaande signalering en indicatiestelling niet duidelijk, evenals de periode	[Blue bar covering 2006-2007]																																
6		Naschoolse dagbehandeling	Voorafgaande signalering en indicatiestelling niet duidelijk, evenals de periode	[Blue bar covering 2006-2007]																																
7		Fysiotherapie en logopedie	Voorafgaande signalering en indicatiestelling niet duidelijk, evenals de periode	[Blue bar covering 2006-2007]																																
8	2. Jeugd ggz	Behandeling door Riagg	Duur en aard behandeling niet exact bekend; voorafgaande signalering en indicatiestelling niet bekend	[Blue bar covering 2005]																																
9	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing op PI	Behandeling en verblijf (AWBZ) met oog op observatie, toekomstbepaling tav school, werk en wonen.	[Blue bar covering 2007-2008]																																
10	6. Speciaal onderwijs	Indicatie Cvl		[Blue bar covering 2008]																																
11	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing op ZML (VSO)	Niet in de regio van de Cvl geplaatst; actuele situatie daarom niet bekend	[Blue bar covering 2008]																																

Speciaal onderwijs, REC 3, nr. 04
 Jongen, 9 jaar, thuiswonend

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2000				2001				2002				2003				2004				2005				2006				2007				2008		
				K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3				
1		Signalering in peuterspeelzaal	Geen rem op gedrag																																			
2		CIZ-indicatie	Indicatie MKD																																			
3		MKD dagbehandeling		[Blue bar spanning from start of 2001 to end of 2003]																																		
4	6. Speciaal onderwijs	Speciaal onderwijs Rotterdam cluster 4	Cluster 4 vanwege gedragscomponent	[Blue bar spanning from start of 2003 to end of 2004]																																		
5	6. Speciaal onderwijs	Speciaal onderwijs in Tilburg		[Blue bar spanning from start of 2005 to end of 2007]																																		
6		Fysiotherapie	Voorafgaande signalering, indicatiestelling onbekend.	[Blue bar spanning from start of 2007 to end of 2008]																																		
7		GGZ behandeling van de ouders	startdatum niet bekend; niet zeker of dat nu nog aan de orde is;	[Blue bar spanning from start of 2007 to end of 2007]																																		
8		MEE	Opvoedingsondersteuning; startdatum niet bekend; loopt nu nog	[Blue bar spanning from start of 2007 to end of 2008]																																		
9	7. PGB	Logeervoorziening	Ter ontlasting ouders, via MEE geregeld sinds kort (pas een maal gebruik van gemaakt). Periode niet bekend.	[Blue bar spanning from start of 2008 to end of 2008]																																		
10	6. Speciaal onderwijs	Verblijf en onderzoek in PI	Periode onduidelijk, wel voorafgaand aan cluster 3 indicatie	[Grey bar spanning from start of 2006 to end of 2006]																																		
11	6. Speciaal onderwijs	Indicatie Speciaal onderwijs, cluster 3 door Cvl		[Red diamond at end of 2007]																																		
12	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing op ZML		[Blue square at end of 2008]																																		

RIAGG, nr. 06

Jongen, 14 jaar, thuiswonend; ouders gescheiden

Toelichting: kind met gedragsproblemen (pesten, agressieve uitbarstingen, oppositioneel gedrag) en lichte mate van zwakbegaafdheid, enige mate van ADHD. Kind zit in regulier onderwijs (vmbo-kader).

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2002				2003				2004				2005				2006				2007				2008									
				K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3								
1		Kind gezien door psycholoog (Soest)	Geen informatie over signalering, indicatiestelling behandeling en duur	■																																	
2		Behandeling/onderzoek door psycholoog	Geen informatie over signalering, indicatiestelling behandeling en duur																																		
3		Verwijzing huisarts																																			
4	2. Jeugd ggz	Behandeling GGZ Friesland																																			
5	2. Jeugd ggz	GGZ Friesland	Men meldt aan de huisarts dat zij behandeling sluiten; wel blijft er kans op oppositioneel gedrag																																		
6		Schoolbegeleidingsdienst verzorgt sociale vaardigheidstraining																																			
7		Begeleiding/behandeling door schoolmaatschappelijk werk																																			
8	1. Provinciale jeugdzorg	Aanmelding bij BJZ Amersfoort	Vlak hiervoor is de jongere verhuist vanuit Friesland. Niet duidelijk waar melding BJZ toe geleid heeft																																		
9	1. Provinciale jeugdzorg	Indicatiebesluit BJZ	Indicatie AWBZ behandeling jeugd ggz, zorg in natura Er is een casemanager van BJZ met wie periodiek contact is																																		
10	2. Jeugd GGZ	Behandeling RIAGG	Psychiatrisch onderzoek, observatie, creatieve therapie en ouderbegeleiding																																		
11		Betrokkenheid schoolmaatschappelijk werk	Geen nadere informatie beschikbaar; duur onbekend, maar in elk geval in aangegeven periode																																		
12		Volgt cursus 'omgaan met boosheid' op school (vmbo-t)	Periode niet precies bekend																																		

Riagg, nr. 07

Meisje, 8 jaar, wonend in pleeggezin

Toelichting: Kind van verslaafde ouders. Zit in groep 2, vanaf 4 jaar op reguliere school, hyperactief, korte concentratie.

Diagnose: ADHD en aanpassingsstoornis

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2000		2001				2002				2003				2004				2005				2006				2007				2008		
				K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3				
1		Geboorte	Verslavingsbaby (alcohol, cocaine) Te vroeg geboren (30 weken); couveuse																																	
2		Ziekenhuisopname	Met oog op 'afkicken'																																	
3	1. Provinciale jeugdzorg	Voogdij (Leiden)	Op basis van crisisplaatsing. Kind is na 10 weken ziekenhuisopname meteen bij pleegouders ondergebracht Moeder heeft nog wel gezag; vader heeft kind niet erkend																																	
4		Fysiotherapie	In verband met verstijving ten gevolge van verslaving																																	
5		Onder behandeling neonatoloog																																		
6		Medische peuterspeelzaal in ziekenhuis																																		
7		Verwijzing door huisarts naar Riagg	Vermoeden ADHD																																	
8	2. Jeugd ggz	Behandeling Riagg	Psychiatrisch onderzoek, medicatie (ivm ADHD), coaching ouders, video home training. Accent lag gaandeweg op medicatiecontrole																																	
9		Overdracht behandeling naar huisarts	Pleegouders willen stoppen met medicatie en overstappen op behandeling biofeedback (die Riagg niet verstrekt). Riagg sluit behandeling en draagt medicatiecontrole over aan huisarts																																	
10		Biofeedback behandeling	Niet bekend door wie en vanaf welk moment. Kan vergoed worden door zorgverkeeraar.																																	

Riagg, nr. 08**Meisje, 16 jaar, thuiswonend. Zit in klas 3 vmbo**

Toelichting: In het verleden is sprake geweest van fysieke en opvoedzorgen. Gedragsproblematiek, extreem pubergedrag, veel strijd, vermoeden ADHD

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2007				2008					
				K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4		
1		Signalering door ouders en school											
2		Aanmelding door ouders bij psychologenpraktik	Hier vond men de problematiek te zwaar										
3		Verwijzing door jeugdarts GGD naar Riagg	N.a.v. eetproblematiek sinds 2,5 jaar										
4	2. Jeugd GGZ	Behandeling Riagg	Systeemonderzoek ouders en kind. Conclusie: Riagg gaat eerst met de ouders aan de slag										
5	2. Jeugd ggz	Crisisopname	Niet duidelijk uit dossier wat er precies gebeurd is										
6	1. Provinciale jeugdzorg	BJZ-indicatie	Opvoedingsondersteuning										
7		Actuele stand van zaken	Met BJZ is nu door Riagg afgesproken dat er een uitgebreid onderzoek komt. Mogelijk is de uitkomst een gezinsopname in Beilen (GGZ Drenthe)										

Riagg, nr. 09

Jongen, 14 jaar, thuiswonend (moeder en stiefvader), zit nu in voortgezet speciaal onderwijs

Toelichting: heeft speciaal onderwijs gevolgd (drie keer blijven zitten; groep 2, 5 en 8); aandachtstekortstoornis

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2003				2004				2005				2006				2007				2008			
				K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	
1	2. Jeugd ggz	Behandeling Riagg (andere provincie)	Vanaf 2003. Individuele en ouderbegeleiding plus spelgroep. In 2005 is daar o.a. een aandachtstekortstoornis vastgesteld. Duur en periode niet precies bekend.																								
2		Getest door schoolbegeleidingsdienst	Hier zijn leerproblemen vastgesteld; verwijzing naar speciaal onderwijs. Hier heeft nog aparte indicatiestelling voor speciaal onderwijs op moeten volgen, maar daarover geen info in dossier																								
3	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing op speciaal onderwijs	Groep 6 in speciaal onderwijs. Daarna groep 7 en 8 in speciaal basisonderwijs																								
4	2. Jeugd ggz	Gezamenlijke behandeling kind en ouders	Op indicatie BJZ (voorgeschiedenis en datum indicatie niet bekend)																								
5		Aanvraag uithuisplaatsing door BJZ	Omdat veiligheid thuis niet meer gegarandeerd kon worden																								
6	1. Provinciale jeugdzorg	Opname in jeugdzorginstelling	Crisisplaatsing																								
7		Verwijzing door huisarts en BJZ	Verwijzing huisarts vanwege gedragsproblematiek. BJZ wil onderzoek met het oog op vervolgtraject																								
8	1. Provinciale jeugdzorg	Opname in jeugdzorginstelling (zelfde als waar crisisplaatsing was)	Reguliere plaatsing in leefgroep. Behandeling van kind en ouders geschiedt door deze instelling; Riagg verzorgt enkel nog de medicatiecontrole. Systeemproblematiek is groter dan kindproblematiek																								
9	2. Jeugd ggz	Behandeling Riagg	O.a. psychiatrisch onderzoek; diagnose: ADHD. Behandeling Riagg richt zich op medicatiecontrole (ADHD); geen verdere behandeling door Riagg																								
10	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing in speciaal voortgezet onderwijs	Waarschijnlijk crisisplaatsing door zorgplatform; geen info over indicatiestelling in dossier																								

Riagg, nr. 10**Jongen, 9 jaar, thuiswonend, zit op regulier basisonderwijs, groep 4**

Toelichting: nog in afwachting diagnostiek. Er wordt gesignaleerd en geïndiceerd, maar er lijkt sprake van zorgmijdende ouder(s)

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2005				2006				2007				2008		
				K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3
1		Signalering door interne begeleider basisschool	Maakt zich zorgen om gedrag															
2	1. Provinciale jeugdzorg	Opvoedingsondersteuning	Op basis van indicatie BJZ, er zijn gesprekken gevoerd met een pedagoog, maar moeder heeft hulp vrij snel stopgezet															
3		Gehoorderonderzoek	Door kinderziekenhuis UMC; niet duidelijk uit dossier wat aanleiding was en welke de bevindingen waren															
4	2. Jeugd ggz	Aanmelding bij Riagg	Vanwege afwezigheid hulpvraag moeder is er verder niets gedaan															
5		Onderzoek door schoolbegeleidingsdienst	Advies: aanvullend kinderpsychiatrisch onderzoek en sociale vaardigheidstraining Aannemelijk is dat hier signalering vanuit onderwijs aan vooraf is gegaan. Daarover geen info in dossier.															
6		Verwijzing door huisarts	Naar aanleiding informatieverzoek van/overleg met BJZ															
7	2. Jeugd ggz	BIZ vraagt onderzoek aan bij Riagg	Naar aanleiding van verzoek schoolbegeleidingsdienst. Er is een casemanager van BJZ betrokken. Moeder is nu wel akkoord met inschakeling Riagg.															
8	2. Jeugd ggz	Behandeling Riagg	Behandeling is nog in afwachting psychiatrisch onderzoek															

Riagg, nr. 11

Jongen, 6,5 jaar, thuiswonend (ouders korte tijd gescheiden geweest en inmiddels weer getrouwd)

Toelichting: moeder zit bij verslavingszorg (alcohol). Diagnose ADHD. Dit is een voorbeeld van een beperkte betrokkenheid van hert Riagg: gedurende de periode dat het kind ingeschreven stond, zijn er twee gesprekken gevoerd, is er een psychiatrisch onderzoek uitgevoerd en zijn 5 telefonische gesprekken/overleggen gevoerd.

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2007				2008					
				K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4		
1		Melding huiselijk geweld door politie	Kinderen waren hiervan getuige. Vader is daarna in hulpverlening gegaan.										
2	1. Provinciale jeugdzorg	Schoolmelding bij AMK	Niet duidelijk wanneer en met welk gevolg										
3		Gemeentelijke opvangorganisatie ouders voor hulpverlening	Initiatief vanuit Platform Huiselijk Geweld (waarin o.a. Riagg, BJZ, politie e.a). Niet duidelijk of dit ergens toe geleid heeft.										
4		Verwijzing door huisarts	Vanwege druk gedrag, driftbuien en handtastelijkheid.										
5		Signalering door GGD	Signalering door jeugdverpeelkundige										
6	1. Provinciale jeugdzorg	Crisisinterventie door BJZ	Niet duidelijk wat precies gebeurd en gedaan is										
7		Logopedie	Behandeling loopt op dit moment; onduidelijk vanaf wanneer										
8	2. Jeugd ggz	Onderzoek Riagg	Diagnose: ADHD. Advies: thuisbehandeling vanuit MKD en behandeling moeder. Behandeling ADHD is niet nodig, want is vooral een reactie op de thuissituatie. Het gaat er om die op orde te krijgen, dan zal de kindproblematiek ook afnemen Na een jaar kan Riagg eventueel weer naar de kindproblematiek kijken										
9	1. Provinciale jeugdzorg	Verwijzing naar MKD door BJZ	Bij niet mee werken aan behandeling MKD zal BJZ raadsonderzoek gericht op uithuisplaatsing starten										
10	1. Provinciale jeugdzorg	Behandeling MKD	Er is een afspraak voor aanmeldgesprek gemaakt.										

Riagg, nr. 12

Meisje, 16,5 jaar, thuiswonend bij vader (gescheiden, moeder is in dit traject geheel buiten beeld)

Toelichting: in dit geval heeft nog geen onderzoek en behandeling door Riagg plaats gevonden, behalve aanwezigheid Riagg-medewerker in crisissituatie. Er is nog maar weinig informatie over wat er met het kind aan de hand is.

Thuisituatie liep uit de hand door nieuwe vriendin van vader.

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2004				2005				2006				2007				2008			
				K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	
1	1. Provinciale jeugdzorg	Plaatsing in Boddaercentrum	Precieze periode niet bekend	[Redacted]																			
2	1. Provinciale jeugdzorg	OTS-maatregel	Voorgeschiedenis niet bekend In 2005 heeft mediation door gezinsvoogden plaatsgevonden. Maatregel opgeheven omdat situatie dat weer zou toelaten	[Redacted]																			
3		Politiemelding huiselijk geweld	Vader zette vriendin uit huis; dichter dreigde met suicide. Medewerker Riagg werd daarbij opgeroepen	[Timeline: 2007]																			
4	1. Provinciale jeugdzorg	Indicatiestelling BJZ	Directe uithuisplaatsing (vrijwillig; geen maatregel) en 6 weken crisisopvang	[Timeline: 2007]																			
5	1. Provinciale jeugdzorg	Crisisopvang	Kind komt eerder weer thuis Crisisplaatsing duurt korter dan zes weken, omdat het thuis weer wat beter zou gaan.)	[Timeline: 2007]																			
6		Psychiatrisch onderzoek	Niet duidelijk in welke context en welke bevindingen; afpraak: start gezinstherapie vader en kind	[Timeline: 2007]																			
7		Hersensbloeding kind	Toedracht niet bekend. Hersensbloeding leidt tot halfzijdige verlamming. Gevolg is dat de voorgenomen gezinstherapie niet van start	[Timeline: 2007]																			
8		Opname revalidatiecentrum	Wegens herstel hersensbloeding	[Timeline: 2007]																			
9	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing speciaal onderwijs REC cluster 3	Plaatsing is speciaal onderwijs is automatisch gekoppeld aan opname in het revalidatiecentrum Plaatsing houdt ook automatisch op als opname in revalidatiecentrum beëindigt. Kind volgt momenteel nog steeds geen onderwijs	[Timeline: 2007]																			
10		Revalidatiecentrum probeert overdracht te regelen	Revalidatiecentrum probeert BJZ, Riagg en leerplichtambtenaar te bewegen om een voorziening te treffen zodra de opname afloopt. Revalidatiecentrum doet in dit verband ook melding bij AMK. Zonder succes; vader mijdt inmiddels alle zorg.	[Timeline: 2008]																			
11	1. Provinciale jeugdzorg	Melding door BJZ bij AMK		[Timeline: 2008]																			
12		Laatste stand van zaken	Riagg neemt aan dat nu het traject van raadsonderzoek en uitspraak kinderrechter zal lopen	[Timeline: 2008]																			

REC 4, nr. 13

Jongen, 7 jaar, thuiswonend

Toelichting: PDD-NOS/autisme. Tot september 2008 zat de jongen op een reguliere basisschool

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2007				2008					
				K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4		
1		Signalering door school en ouders; ouders vragen preventieve ambulante begeleiding vanuit het REC aan	Gegeven functioneren in het onderwijs										
2	6. Speciaal onderwijs	Preventieve ambulante begeleiding door REC	Bestaat uit een viertal observaties/ consulten binnen een periode van 1-2 maanden										
3		Verwijzing door huisarts voor onderzoek door Jeugd GGZ	Mede op verzoek ouders										
4	2. Jeugd ggz	Onderzoek Jeugd GGZ											
5	2. Jeugd ggz	Start behandeling Jeugd GGZ	Behandeling gericht op afstemming in onderwijs en opvoeding Deels oudercursus Deels instellen medicatie Daarnaast geen behandeling van het kind										
6	6. Speciaal onderwijs	Indicatie CvI	Indicatie in het verlengde van de preventieve ambulante begeleiding										
7	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing van kind in speciaal onderwijs	Plaatsing per 1-9; gegeven voortraject (preventieve ambulante begeleiding) is het formele indicatiebesluit niet afgewacht										

REC 4, nr. 14

Meisje, 14 jaar, 24-uursopvang

Toelichting: Geadopteerd kind; reactieve hechtingsstoornis, oppositionele gedragsstoornis. Het kind is in het afgelopen jaar ernstig ontspoord.

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2007				2008					
				K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4		
1		Geboorte in Zuid Amerika	Prenatale schade; moeder alcohol- en drugsverslaafd; SOA. Verwaarlozing en mogelijk seksueel misbruik										
2		Adoptie van het kind	Adoptie op driejarige leeftijd										
3		Overlijden adoptievader	Na overlijden adoptievader kwam de relatie met de adoptie moeder onder druk te staan. Verzet tegen moeder, later suicide dreiging										
4		Sociale vaardigheidstraining	Zowel adoptie moeder als school zorgen voor een sociale vaardigheidstraining. Periode niet bekend; was wel voor zomer 2007										
5	1. Provinciale jeugdzorg	Aanmelding bij BJZ	Door adoptie moeder										
6	2. Jeugd ggz	Intake bij Jeugd-ggz											
7	2. Jeugd ggz	Psychiatrisch onderzoek Jeugd ggz											
8	2. Jeugd ggz	Verwijzing door Jeugd ggz voor onderzoek	GZ psycholoog wil onderzoek met het oog op ontlasting thuissituatie en om duidelijkheid te krijgen over de optimale behandelsetting (psychiatrie of orthopedagogisch)										
9	1. Provinciale jeugdzorg	Plaatsing in orthopedagogische behandelinstelling	Plaatsing via BJZ; na een dag weer geschorst										
10		Geschorst van school	Regulier voortgezet onderwijs										
11		Start ouderbegeleiding	Start naar aanleiding van escalatie in de thuissituatie. Niet bekend wie de ouderbegeleiding verzorgt										
12		Vrijwillige opname jeugdpsychiatrie	Gegeven escalatie in de thuissituatie Jeugd ggz stelde crisisplaatsing voor in Amsterdam, maar moeder weigerde dat ivm de reisafstand. Daarop opname jeugdpsychiatrie; bevindingen: kind is gebaat bij opname in orthopedagogische woonsetting. Daarnaast is psychoeducatie voor de adoptie moeder nodig (intensieve psychiatrische gezinszorg).										
13	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing op REC-4 school	Het REC heeft bij elke 24-uurs voorziening een onderwijsfaciliteit										
14	6. Speciaal onderwijs	Indicatie CvI voor ZMOK-school	Indicatie wordt gesteld, maar kind is vanwege plaatsing in 24-uurs voorziening al geplaatst in de daaraan verbonden ZMOK-school										
15	2. Jeugd GGZ	Plaatsing voor 24-uurs opvang en behandeling											
16	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing in ZMOK-onderwijs	Kind start hier in VMBO, leerjaar 2										

REC 4, nr. 15

Meisje, 10 jaar, thuiswonend

Toelichting: gaandeweg verergering van problemen

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2002				2003				2004				2005				2006				2007				2008			
				K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	
1		Peuterspeelzaal	Leidsters viel dwingend gedrag op; zij voorzagen op termijn gedragsproblemen	[Redacted]																											
2		Psychologisch onderzoek	Niet duidelijk op basis waarvan en door wie	[Redacted]																											
3	1. Provinciale jeugdzorg	Video home training	Periode niet precies duidelijk	[Redacted]																											
4	1. Provinciale jeugdzorg	Betrokkenheid BJJ Gelderland	Aanleiding ernstige zorgen over het gedrag en vermoeden van ADHD en verdenking dat op enig moment PDD-NOS zal blijken. Niet precies duidelijk wat in deze periode gebeurd; in elk geval is onderzoek uitgevoerd en zijn ouders daarbij verwezen naar Jeugd-ggz. Daar komen ze echter pas veel later terecht (2008)	[Redacted]																											
5		Signalering problemen op reguliere basisschool	School signaleert sociaal-emotionele problematiek, (kind legt moeilijk contact, is sociaal niet invoelend, voelt zich snel aangevallen. Leerkracht voert veel gesprekken en er is sprake van extra ondersteuning binnen de school.	[Redacted]																											
6		Ouders ontvangen ouderbegeleiding	Niet bekend op basis waarvan en door wie; periode niet precies duidelijk	[Redacted]																											
7	2. Jeugd ggz	Onderzoek Jeugd ggz instelling	Diagnose PDD-NOS, ouder-kind relatieprobleem, problemen binnen de primaire steungroep. Behandeladvies: deelname aan groepsbehandeling, aanvragen rugzak cluster 4, ouderbegeleiding op systeemniveau en mogelijk medicatie ivm afleidbaarheid, motorische onrust en concentratieproblemen	[Redacted]																											
8	2. Jeugd ggz	Start behandeling	Groepsbehandeling en ambulante ondersteuning vanuit psychiatrische kliniek Daarnaast medicatie	[Redacted]																											
9		Start begeleiding ouders		[Redacted]																											
10	6. Speciaal onderwijs	Aanvraag voor indicatiestelling speciaal onderwijs door ouders		[Redacted]																											
11	6. Speciaal onderwijs	Indicatiestelling voor rugzak door Cvl		[Redacted]																											
12	6. Speciaal onderwijs	Kind zit met rugzak in regulier onderwijs	REC 4 levert ambulante begeleiding	[Redacted]																											

REC cluster 4, nr. 16

Jongen, 16 jaar, thuiswonend

Toelichting: aandachtstekortproblemen, oppositionele gedragsstoornis

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2003				2004				2005				2006				2007				2008			
				K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	
1	1. Provinciale jeugdzorg	Betrokkenheid Raad vd Kinderbescherming	Drugsverlaafde moeder kon niet goed voor de kinderen zorgen. Leidde tot vrijwillige hulpverlening. Geen nadere gegevens	[Blauw blok]																							
2	1. Provinciale jeugdzorg	Halt-straft	Data niet bekend, in periode 2005-2007 geregelde politiecontacten	[Blauw blok]																							
3		Veel verzuim op school; o.a. officiële waarschuwing van Leerplicht		[Blauw blok]																							
4		Kind verhuist van Rotterdam naar zijn oma in Amersfoort	Hij gaat naar regulier vmbo, leerjaar 3	[Blauw blok]																							
5		Start in vmbo leerjaar 3	Veel problemen en gaandeweg niet handhaafbaar op reguliere school	[Blauw blok]																							
6		Begeleiding door werkgroep uitgebreide leerlingzorg (gemeente Amersfoort)	Jongere heeft in die periode veel politiecontacten en wordt verwezen naar instelling lokaal preventief veld (zie hieronder).	[Blauw blok]																							
7		Begeleiding jongere door instelling lokaal preventief veld	Deze aanpak richt zich specifiek op jongeren met veel politiecontacten. De jongere moet nog voorkomen voor een inbraak in Amersfoort	[Blauw blok]																							
8	1. Provinciale jeugdzorg	BJZ	Oma zocht hulp bij BJZ. BJZ stelde crisis- uithuisplaatsing voor. Daaraan wilde oma niet meeweken. Vervolgens heeft BJZ raadsonderzoek in gang gezet	[Blauw blok]																							
9	1. Provinciale jeugdzorg	BJZ zet intensieve ambulante begeleiding in (Zandbergen)	Periode niet precies bekend	[Blauw blok]																							
10	1. Provinciale jeugdzorg	Zorgmelding door BJZ (Amersfoort) aan Raad vd Kinderbescherming		[Blauw blok]																							
11	1. Provinciale jeugdzorg	Raadsonderzoek	Geconstateerd wordt dat de geestelijke belangen en de gezondheid van de jongere bedreigd worden. Er wordt een gezinsvoogd toegewezen en er wordt opvoedingsondersteuning voor oma ingezet. Jongen wordt onder toezicht gesteld, maar niet uit huis geplaatst	[Blauw blok]																							
12	1. Provinciale jeugdzorg	RvK Utrecht start onderzoek nav zorgmelding BJZ Amersfoort	Onderzoek loopt kennelijk nog	[Blauw blok]																							
13		Intensieve gezinsbegeleiding		[Blauw blok]																							
14		Betrokkenheid van maatschappelijk werk binnen gezin	O.a. in verband met financiële problemen/ schulden. Periode niet precies bekend	[Blauw blok]																							
15		Plaatsing in arbeidstrainingcentrum ATC van het REC	Kind wordt, zonder indicatiebeschikking voor de zomer al geplaatst in het ATC om verdere afglijden te voorkomen	[Blauw blok]																							
16	6. Speciaal onderwijs	Indicatiestelling speciaal onderwijs door CvI		[Blauw blok]																							
17	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing op ZMOK-school		[Blauw blok]																							

REC 4, nr. 17

Jongen, 11 jaar, thuiswonend

Toelichting: al vroeg gebleken problemen worden gedurende het ouder worden erger, vooral op school

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2002				2003				2004				2005				2006				2007				2008			
				K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	
1		Signalering problemen thuis	Moeder signaleert rond 2,5 jaar problemen en raadpleegt huisarts en consultatiebureau. Kind luistert niet, explosief gedrag																												
2		Signalering problemen op school	Vanaf groep 1 zijn er in het onderwijs problemen (pestgedrag, agressief gedrag)																												
3	2. Jeugd ggz	Speltherapie door orthopedagoog																													
4	2. Jeugd ggz	Betrokkenheid therapeut																													
5		Betrokkenheid van schoolmaatschappelijk werk	Vanaf groep 3 is schoolmaatschappelijk werk betrokken																												
6	2. Jeugd ggz	Onderzoek door GGZ-instelling	Diagnose: oppositionele opstandige gedragstoornis, ADHD, ernstige problemen in de primaire steungroep Advies: dagbehandeling en medicatie. Naast aanlegfactoren wordt onmacht bij moeder vastgesteld																												
7	1. Provinciale jeugdzorg	BJZ	Op advies vanuit onderzoek legt moeder contact Indicatiebesluit verblijf en (dag)behandeling voor 3-5 dpw gedurende een jaar. Daarnaast ouderbegeleiding (1 uur per 14 dagen gedurende een jaar)																												
8	1. Provinciale jeugdzorg	Behandeling	Conform BJZ-indicatie																												
9	1. Provinciale jeugdzorg	Ouderbegeleiding	Conform BJZ-indicatie																												
10	6. Speciaal onderwijs	Indicatiestelling door Cvl voor cluster 4 (ZMOK)																													
11	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing in speciaal onderwijs																													

REC 4, nr. 18

Jongen, 14 jaar, thuiswonend

Toelichting: kind zit in leerjaar 3 VO. Er is sprake van gedragsproblemen, overactief gedrag, hoog egocentrisme, lage zelfwaardering, lage sociabiliteit. Op jonge leeftijd waren er al problemen. Ouders zijn gescheiden; kind woont bij vader en diens nieuwe vrouw/vriendin.

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2005	2006					2007				2008			
				K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3		
1	1. Provinciale jeugdzorg	Betrokkenheid Raad vd Kinderbescherming;	er wordt een voogd toegewezen Vrijwillige hulpverlening														
2		Psychologische begeleiding	In verlengde van voogdij; geen verdere gegevens (duur e.d.) bekend														
3	1. Provinciale jeugdzorg	Raadsonderzoek, leiden tot OTS (gedwongen)	Vader is niet tegen uithuisplaatsing! kind wel														
4	1. Provinciale jeugdzorg	Betrokkenheid gezinsvoogd (gedwongen)	Gezinsvoogd heeft o.a. frequent contact met schoolmaatschappelijk werk														
5		Indicatie voor leerwegondersteunend onderwijs															
6		Geplaatst in LWOO intensief	Vergelijkbaar met oude VSO-LOM School maakt zich zorgen om het lage zelfbeeld van het kind														
7		Inzet schoolmaatschappelijk werk	Geen verdere gegevens bekend														
8		Onderzoek jeugdpsychiatrie	Aanleiding, verwijzing en bevindingen niet bekend														
9		Proces verbaal afdeling leerplicht (Gemeente Utrecht)	Er is sprake van veelvuldig schoolverzuim														
10	1. Provinciale jeugdzorg	Verlenging OTS															
11		Betrokkenheid gezinsvoogd (Gedwongen)															
12	6. Speciaal onderwijs	Indicatie CvI voor cluster 4	Leerling is feitelijk al geplaatst vooruitlopend op CvI-beslissing														
13	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing in ZMOK-school	Bij eventuele uithuisplaatsing naar 24-uurs opvang (op peilmoment nog niet bekend) zal het kind parallel aan de behandeling ZOMK-onderwijs blijven ontvangen (op de locatie van de behandelinstelling														

REC 4, nr. 19
Jongen, 14 jaar, thuiswonend
Toelichting: jongen met ADHD

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2004				2005				2006				2007				2008			
				K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	
1		Zwakke voortgang op school	Groep 1 – 3 in regulier onderwijs; groep 2 gedoubleerd																				
2		Plaatsing op SBAO (Speciaal basisonderwijs)	Vanaf groep 4 Geldt niet als speciaal onderwijs																				
3	2. Jeugd ggz	Onderzoek; diagnose ADHD	Ritalin medicatie (vanaf 1-6-2001) Nog steeds jaarlijkse controle	[Blue bar]																			
4	1. Provinciale jeugdzorg	Naschoolse opvang (in orthopedagogisch behandelinstituut)	Aanleiding, signalering, indicatie niet bekend	[Blue bar]																			
5		Betrokkenheid algemeen maatschappelijk werk	Deze verzorgt o.a. sociale vaardigheidstraining eind 2007																			[Blue bar]	
6		Betrokkenheid MEE	Ondersteuning o.a. bij vrije tijds activiteiten																			[Blue bar]	
7	2. Jeugd ggz	Onderzoek Jeugd ggz	Diagnose PDD. Voorstel behandeling voor een jaar: sociale vaardigheidstraining kind en ouderbegeleiding																			[Red diamond]	
8	2. Jeugd ggz	Sociale vaardigheidstraining																				[Blue bar]	
9	2. Jeugd ggz	Ouderbegeleiding																				[Blue bar]	
10		Aanmelding voor indicatiestelling speciaal onderwijs																				[Red diamond]	
11	2. Jeugd ggz	Onderzoek	Diagnose PDD, problemen gebonden aan sociale omgeving; onderwijs en opvoedproblemen																			[Red diamond]	
12	6. Speciaal onderwijs	Indicatiestelling CvI																				[Red diamond]	
13		Plaatsing in leerweg-ondersteunend onderwijs	Geldt niet als speciaal onderwijs																			[Blue bar]	
14	6. Speciaal onderwijs	Ambulante begeleiding vanuit cluster 4																				[Blue bar]	

REC 4, nr. 20

Jongen, 7 jaar, thuiswonend

Toelichting:

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2004				2005				2006				2007				2008			
				K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	
1		Eerste levensjaren	Ouders signaleerden al snel dat kind een andere (dan normale) ontwikkeling liet zien. Kind vaak ziek (immuunsysteem). Van jongsaf aan gefascineerd door touwtjes																				
2	2. Jeugd ggz	Logopedie; behandeling door instelling Jeugd ggz	I.v.m. stotteren; op initiatief van de ouders																				
3		Ergotherapie	I.v.m. coördinatieproblemen; periode niet bekend, mogelijk parallel aan logopedie																				
4		Plaatsing op vrije school	Hier heeft het kind een jaar gezeten. Daar vond men het kind lastig en wilde dat het kind thuis gehouden werd																				
5		Naar andere school (regulier basisonderwijs)	School constateert teruggetrokken gedrag, concentratieproblemen en vraagt om preventieve ambulante begeleiding (cluster 4) Op deze school zit het kind nu nog (maar dan met rugzak																				
6	2. Jeugd ggz	Psychologisch onderzoek Jeugd ggz	Geen nadere gegevens bekend																				
7	2. Jeugd ggz	Psychiatrisch onderzoek	Conclusie ADHD en mogelijk PDD-NOS																				
8		Aanmelding voor indicatiestelling	Door ouders, op advies school en op basis van psychiatrisch onderzoek																				
9	6. Speciaal onderwijs	Indicatiestelling voor speciaal onderwijs (rugzak)																					
10	6. Speciaal onderwijs	Rugzak beschikbaar	Indicatiestelling is later dan ingangsdatum. Er vindt parallel aan het onderwijs geen behandeling vanuit jeugdzorg plaats																				

REC 4, nr. 21
Jongen, 9 jaar, thuiswonend

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2006				2007				2008			
				K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4
1	1. Provinciale jeugdzorg	Speltherapie	Niet duidelijk hoe hier terecht gekomen. Signaleerde problemen: moeilijk aansluiten bij anderen, driftbuien; verdenking autisme												
2		Verwijzing voor onderzoek door huisarts	Na signalering door speltherapeut												
3	2. Jeugd ggz	Onderzoek kinder- en jeugdpsychiatrie	Geen opname, poliklinisch. Diagnose: Asperger. Voorstel: psychoeducatie ouders op poli en daarna gerichte ouderbegeleiding. T.z.t. sociale vaardigheidstraining kind en voorlichting op school												
4	2. Jeugd ggz	Psycho-educatie, gevolgd door ouderbegeleiding	Voor zover bekend nog geen behandeling van het kind												
5	2. Jeugd ggz	Voorlichting op de school	Totaal 5 maal; periode niet precies bekend												
6		Signalering problemen op school	Reguliere basisschool												
7	6. Speciaal onderwijs	Preventieve ambulante begeleiding door cluster 4	Bestaande uit een viertal observaties/consulten												
8		Aanvraag rugzak door ouders	Op advies preventieve ambulante begeleider en school												
9	6. Speciaal onderwijs	Indicatie door Cvl													
10	6. Speciaal onderwijs	Rugzak voor deelname aan regulier onderwijs	Formele ingangsdatum ligt voor datum indicatiestelling												

REC 4, nr. 22
Jongen, 15 jaar, verblijf

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2004	2005				2006				2007				2008		
				K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3
1		Betrokkenheid BJZ	Niet duidelijk	◆															
2	2. Jeugd ggz	Betrokkenheid RIAG	Niet duidelijk via welke verwijzing; ouders zijn snel gestopt met behandeling																
3		Betrokkenheid GGD	Ouders krijgen hulp ivm financiële problemen (schulden). Periode niet precies bekend																
4		Indicatiestelling BJZ	Naschoolse behandeling																
5	1. Provinciale jeugdzorg	Plaatsing op Boddaertcentrum	Duur niet precies bekend.																
6	1. Provinciale jeugdzorg	Video home training	Periode niet precies bekend; was wel gecombineerd met Boddaert. Boddaert en video home training worden zonder veel resultaat afgesloten																
7	1. Provinciale jeugdzorg (gedwongen)	Raadsbesluit OTS																	
8	3. Jeugd lvg	Begeleiding voogdij																	
9		Plaatsing op LWOO	Is geen speciaal onderwijs. Daar zijn geregeld problemen																
10		Geregelde betrokkenheid van Leerplicht	Ouders melden het kind te pas en te onpas ziek																
11	1. Provinciale jeugdzorg	Verlenging OTS																	
12	1. Provinciale jeugdzorg	Training omgang met agressie	Duur niet precies bekend																
13		Betrokkenheid gemeentelijke instelling voor schuldsanering	Periode niet precies bekend; loopt mogelijk nog																
14		Geregeld politiecontact	Onder andere diefstal																
15		Bespreking in zorgadviesteam	Deze verwijzen door naar orthopedagoog van het samenwerkingsverband VO																
16		Orthopedagogisch onderzoek	Ernstige gedragsproblematiek; advies omkind aan te melden bij CvI voor plaatsing in het ZMOK.																
17		Geschorst van school	Wegens gedragsproblemen																
18	6. Speciaal onderwijs	Crisisplaatsing in ZMOK door zorgadviesteam	Om escalatie te voorkomen wordt niet gewacht op indicatiestelling en plaatsing pas vanaf 1-9-2008																
19		Aanvraag indicatiestelling cluster 4 door ouders																	
20	6. Speciaal onderwijs	Indicatiestelling door CvI																	
21	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing op ZMOK-school																	
22	1. Provinciale jeugdzorg	BJZ indiceert voor onderzoek Riagg met het oog op plaatsing in ZMOK	Voordat dit onderzoek kan plaatsvinden, is de jongen al geplaatst																
23	1. Provinciale jeugdzorg (gedwongen)	BJZ vraagt raadsonderzoek aan met het oog op verlenging OTS	Onbekend hoe het hier nu mee staat																

Jeugd ggz, nr. 23

Jongen, 16 jaar, thuiswonend

Toelichting: behandeling is nu nog maar heel licht (eenmaal per twee maanden). Maar op enig moment zal dat weer oplopen (als kind in andere fase komt en bijbehorende vaardigheden moet trainen). Volgens laatste aantekeningen in dossier gaat het beter op school; er is tevredenheid over de PGB inzet.

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2006			2007				2008					
				K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4		
1		Signalering door school	School adviseert speciaal onderwijs		♦											
2		Signalering door Algemeen Maatschappelijk Werk	Ouders zijn in behandeling bij AMW (relatie-gesprekken). Daarbij komt aan de orde dat kind gepest wordt. Kind wordt zelfs bedreigd. Volgens moeder lijkt het kind sterk op vader qua persoonlijkheid.		♦											
3		Verwijzing naar Jeugd-ggz door huisarts, naar aanleiding van signalering AMW				♦										
4	2. Jeugd Ggz	Diagnose gesteld	PDD-NOS. Behandeladvies: PGB en Speciaal onderwijs			♦										
5		Plaatsing in school voor speciaal basisonderwijs	Is geen speciaal onderwijs. Op die school zit het kind nog													♦
6		Aanvraag PGB bij CIZ	Voor begeleiding thuis													
7		Aanvraag indicatie voor ouderbegeleiding bij BJZ														
8	2. Jeugd ggz	Uitvoering ouderbegeleiding	Psychoeducatie													
9	2. Jeugd ggz	Behandeling kind	Eerst individuele begeleiding; daarna groepbehandeling (groepje van 4 kinderen met PDD-NOS)													
10	7. PGB	PGB toegekend door CIZ														
11	7. PGB	PGB inzet	Inzet PGB voor hulp bij huiswerk en plannen, survivalweekend													
12	1. Provinciale jeugdzorg	Ouderbegeleiding door jeugdhulpverleningsinstelling (Oosterpoort)	Begeleiding thuissituatie (omdat kind teveel aan moeder hangt en onvoldoende separeert)													
13	2. Jeugd ggz	Oudercurcus	Voor beide ouders Na de cursus vindt nog follow up plaats													
14		Aanvraag rugzak speciaal onderwijs														
15	6. Speciaal onderwijs	Ambulante begeleiding cluster 4 op basis van rugzak	Indicatie en ingangsdatum niet precies bekend													

Jeugd ggz, nr. 24
Jongen, 10 jaar, thuiswonend

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2005				2006				2007				2008				
				K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3		
1		Geboorte	Enkele aangeboren kenmerken (afwijking aan een hand; hele grote wijnvlek) die op school aanleiding geven tot pesten (school heeft informatie geleverd voor de verschillende onderzoeken (CBCL e.d.). Geen informatie over eerste signalering																	
2	1. Provinciale jeugdzorg	Gezinsondersteuning	Oosterpoort diagnosticeerde stoornis in impulsbeheersing Ouderondersteuning is de hele tijd gebleven; momenteel eenmaal per 6 weken.																	
3	1. Provinciale jeugdzorg	Onderzoek door BJZ	Datum niet precies bekend. BJZ wil op basis van in bovenstaande rij genoemd onderzoek en psychologisch eigen onderzoek het kind aanmelden voor training en onderzoek door een GGZ-instelling. Ouders vinden wachtlijst instelling te lang en betwijfelen de aanname van BJZ over wat er met het kind aan de hand is (zij denken ADHD)																	
4	1. Provinciale jeugdzorg	Indicatiebesluit BJZ	BJZ schakelt Jeugd ggz in voor een second opinion																	
5	2. Jeugd ggz	Onderzoek	Er zijn in deze periode enkele onderzoeken verricht (er was niet sprake van opname). O.a. is op school geobserveerd. Ook een psychiatrisch onderzoek. Diagnose: ADHD, behandelvoorstel: medicatie																	
6	2. Jeugd ggz	Medicatiebehandeling	Deze behandeling slaat goed aan; er is nog steeds van medicatiecontrole sprake																	
7	2. Jeugd ggz	Groepsbehandeling	Groepsbehandeling is nog een keer verlengd. Behandeling is per 1-1-2008 gestopt; alleen medicatiecontrole loopt nog door (en de ouderondersteuning)																	
8	1. Provinciale jeugdzorg	Aanwijzing case-manager BJZ	Deze houdt het dossier in de gaten																	

Jeugd ggz, nr. 25

Meisje, 12 jaar, verblijft nu in maatschappelijke opvang.

Toelichting: onbevredigend traject

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2006			2007				2008					
				K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4		
1		Signalering door MEE	Incestproblematiek Kind is niet verstandelijk beperkt, MEE kwam in het gezin voor een ander kind													
2		Aanmelding bij Jeugd ggz door huisarts														
3	1. Provinciale jeugdzorg (gedwongen)	Uithuisplaatsing	Wegens misbruik													
4	1. Provinciale jeugdzorg	Opname in pleeggezin	Wegens liegen en stelen in pleeggezin, daar op enig moment niet handhaafbaar													
5	2. Jeugd ggz	Behandeling door Jeugd ggz instelling	Behandeling afgesloten met onbevredigend resultaat													
6		Plaatsing maatschappelijke opvang	Uit pleeggezin naar maatschappelijke opvang Aanname dat het meisje daar nu nog verblijft													

Jeugd ggz, nr. 26

Jongen, 10 jaar, thuiswonend

Toelichting: volgtijdelijke stapeling vanwege niet beschikken over een bepaald hulpaanbod. Succesvolle behandeling

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2006				2007				2008			
				K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	
1			Voorgeschiedenis niet bekend												
2	2. Jeugd ggz	Onderzoek	Diagnose ADHD		◆										
3	2. Jeugd ggz	Behandeling	Ambulante behandeling												
4	2. Jeugd ggz	Verwijzing door andere Jeugd ggz instelling	Aanmelding met het oog op een behandelplan dat binnen de behandelende instelling niet aanwezig is, en omdat een ander kind uit het gezin al binnen deze GGZ instelling behandeld wordt												
5	2. Jeugd ggz	Behandeling door Jeugd ggz	Groepstherapie												
6	2. Jeugd ggz	Ouderbegeleiding door Jeugd ggzt	Ouderbegeleiding parallel aan behandeling												
7	2. Jeugd ggz	Afsluiting behandeling	Met positief resultaat												◆

Jeugd ggz, nr. 27**Meisje, 11 jaar, thuiswonend**

Toelichting: meisje uit erfelijk belaste familie (ADHD en ADD). Een voorbeeld van een casus waarbij de 'stapeling' zit in behandeling van de ouders (door de Jeugd ggz) parallel aan, maar ook los van behandeling van het kind. Dit is ook in andere cases te zien, maar valt het beter op.

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2007				2008					
				K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4		
1		Signalering	Op school: concentratieproblemen, niet stil kunnen zitten, resultaten gaan achteruit		◆								
2		Verwijzing door schoolarts (GGD)			◆								
3	2. Jeugd ggz	Intake Jeugd ggz			◆								
4	2. Jeugd ggz	Onderzoek Jeugd ggz	Spelobservatie, psychiatrisch onderzoek. Geen opname; in deze periode 2-3 onderzoeken/consulten Diagnose: ADHD				■						
5	2. Jeugd ggz	Training sociale vaardigheden							■				
6	2. Jeugd ggz	Ouderbegeleiding	Parallel aan behandeling kind							■			
7	2. Jeugd ggz	Oudercursus	Deze zal nog tot december duren; dan zal de behandeling afgesloten worden										■

Jeugd GGZ, nr. 28

Jongen, 11 jaar, thuiswonend

Toelichting: voorbeeld van casus waarbij de gesignaleerde problematiek te lang vanuit de medische invalshoek is benaderd. Moeder heeft altijd gevonden dat er iets was, maar bleef het binnen het medische circuit benaderen. Meestal komt het dan op school (uiterlijk bij de overgang naar groep 3) wel naar voren.

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2006				2007				2008				
				K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	
1		Voorgeschiedenis	Couveusekind. Er is sprake van een ziekenhuisverleden: met name tussen 2e en 5e levensjaar. Motorische achterstanden en herhaalde ziekenhuisopnames.													
2		Signalering	Kind loopt erg vast op school.		♦											
3	1. Provinciale jeugdzorg	BJZ meldt aan bij Jeugd ggz				♦										
4	2. Jeugd ggz	Onderzoek Jeugd ggz	Diagnose ADHD Advies: Medicatie en verwijzing naar speciaal onderwijs wegens grote informatieverwerkingsproblemen				♦									
5	2. Jeugd ggz	(Medicatie)behandeling ADHD Jeugd ggz	Gaandeweg minder intensief													
6	2. Jeugd ggz	Oudercursus en ouderbegeleiding Jeugd ggz	Parallel aan individuele behandeling													
7	2. Jeugd ggz	Jeugd ggz sluit behandeling en dossier														♦
8	6. Speciaal onderwijs	Indicatiestelling CvI voor speciaal onderwijs	Datum niet precies bekend													♦
9	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing op speciaal onderwijs														

Jeugd ggz, nr. 29

Jongen, 10 jaar, thuiswonend

Toelichting: voorbeeld van stapeling, mede door optreden ouders (*second opinion*; behandeling afbreken, waarna problemen verergeren. N.B.: met de ouders is niet gesproken; die kant van het verhaal ontbreekt.

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2003		2004				2005				2006				2007				2008														
				K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3												
1		Psychologisch onderzoek GGD	Voorafgaande signalering niet bekend	♦																																
2		Signalering door school	Gedragsproblemen en leerachterstanden				♦																													
3		Psychologisch onderzoek door schoolbegeleidingsdienst	Bevindingen en eventueel vervolgbehandeling niet bekend					♦																												
4		Behandeling in privépraktijk	Geen nadere gegevens																																	
5		Fysiotherapie	Wegens achterstand in fijne motoriek. Looptijd mogelijk langer dan aangegeven																																	
6	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing speciaal onderwijs	Vanaf groep 4; er is eerder door school aangedrongen op plaatsing in SO, maar Daar waren ouders het niet mee eens																																	
7		Aanmelding bij Jeugd ggz door schoolarts (GGD)	Ouders geven bij het eerst contact aan tegen medicatie te zijn																																	
8	2. Jeugd ggz	Onderzoek Jeugd ggz	Spelobservaties en psychiatrisch onderzoek Diagnose: ADHD Advies: medicatie en ouderbegeleiding. Ouders gaan daar mee akkoord																																	
9	2. Jeugd ggz	(Medicatie)behandeling kind Jeugd ggz	Duur niet precies bekend																																	
10	2. Jeugd ggz	Ouderbegeleiding	Duur niet precies bekend																																	
11	2. Jeugd ggz	Onderzoek in andere instelling	In evaluatiegesprek van Jeugd ggz met school blijkt dat ouders een <i>second opinion</i> hebben gevraagd. Bevindingen daaruit niet bekend																																	
12		Ouders stoppen medicatie	Kind wordt daardoor onhandelbaar op school. School wil dat ouders medicatie weer oppakken en vraagt Jeugd ggz instelling dat aan de orde te stellen bij ouders. Tevens verzoek om training sociale vaardigheden voor het kind																																	
13	2. Jeugd ggz	Sociale vaardigheidstraining Jeugd ggz	Duur niet precies bekend																																	
14		Suicide poging van moeder	Moeder wordt verwezen naar de volwassenenzorg binnen de GGD. Het kind wordt nog periodiek gezien																																	

Jeugd LVG, nr. 30

Jongen, 17 jaar, 24-uurs verblijf

Toelichting: jongere die in zekere zin tussen jeugd ggz en lvg in valt. Zat eerst in Jeugd ggz tot dat bleek dat hij qua IQ in de LVG-doelgroep viel. Na behandeling in Jeugd lvg, komt de jongen qua IQ beter uit de bus, met als gevolg dat de indicatiestelling vervalt en de jongen letterlijk tussen wal en schip gaat vallen. Gepoogd wordt nu om de wachttijd tot een begeleid wonen traject nog binnen de Jeugd lvg te overbruggen. Hier blijkt stapeling dan opeens moeilijk te zijn

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2005		2006				2007				2008		
				K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3
1	2. Jeugd ggz	Crisisopvang Jeugd ggz	Signalering en context niet bekend													
2	2. Jeugd ggz	Onderzoek (andere instelling dan onder 1)	Bevindingen: IQ in LVG-range; posttraumatische stress stoornis (thuisland), verstoorde gewetensontwikkeling													
3		Crisisinterventie MEE														
4		Crisisplaatsing maatschappelijke opvang (Doorgangshuis)														
5	1. Provinciale jeugdzorg	Opvoedingsondersteuning in thuissituatie (Jeugdhulpverlening)														
6		Plaatsing maatschappelijke opvang														
7	2. Jeugd ggz	Psychiatrisch onderzoek (andere instelling dan onder 1 en 2)	Diagnose: posttraumatische stress stoornis ; verstoorde ouder-kind relatie Advies: muziektherapie, systeemtherapie en psycho-educatie voor ouders													
8	1. Provinciale jeugdzorg	Opname in observatiegroep (andere instelling dan onder 5)	Duur niet bekend; ws opname tbv onderzoek													
9		Time out plaatsing maatschappelijke opvang														
10	1. Provinciale jeugdzorg (gedwongen)	Melding BJZ bij Raad vd Kinderbescherming	Aanvraag OTS													
11	1. Provinciale jeugdzorg (gedwongen)	Uitspraak OTS														
12		Jongere pleegt delict														
13		Detentie														
14	6. Speciaal onderwijs	ZMOK-school	Plaatsing in JJI gaat altijd gepaard met parallele plaatsing in speciaal onderwijs op de inrichting													
15	3. Jeugd LVG	CIZ indicatie	Datum niet bekend													
16	3. Jeugd LVG	Geplaatst op Jeugd lvg	Geplaatst in besloten leefgroep													
17	6. Speciaal onderwijs	Plaats in speciaal onderwijs	School op terrein instelling													
18	3. Jeugd lvg	CIZ-indicatie hernieuwd	Indicatie zorgzwaartepakket lvg-2													
19	3 Jeugd lvg	CIZ indicatie	Met oog op tijdelijke verlenging om wachttijd tot deelname aan begeleid wonen te overbruggen													
20	3. Jeugd lvg	Vervolg plaatsing op Jeugd lvg	Gericht op voorbereiding vervolgtraject (begeleid wonen en opleiding op ROC)													
21	6. Speciaal onderwijs	Afronding onderwijs	Van 5 dagen onderwijs per week naar 2 dagen onderwijs en 3 dagen stage													
22		Begeleid wonen	Vervolgtraject vanaf 1-12-2008													

Jeugd LVG, nr. 31
Meisje, 14 jaar, 24-uurs opvang

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2006				2007				2008				
				K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3		
1		Raadmelding door politie														
2	1. Provinciale jeugdzorg (gedwongen)	OTS afgegeven door Raad vd Kinderbescherming	Vanwege: instabiele situatie moeder, trauma's													
3	1. Provinciale jeugdzorg	Zeer intensieve gezinsbehandeling (Jeugd ggz)														
4	1. Provinciale jeugdzorg	OTS niet verlengd	Vanwege zeer intensieve gezinsbehandeling													
5		Melding leerplichtambtenaar	Veel schoolverzuim	♦												
6	1. Provinciale jeugdzorg	Moeder vraagt hulp bij BJZ	Kind onttrekt zich, verzuimt school	♦												
7		Escalatie	Kind gaat niet meer naar school, loopt weg van huis en gaat naar vader (zeer onveilige situatie)		■											
8	1. Provinciale jeugdzorg	Gesprek BJZ met moeder	Moeder wil geen hulp van family first, moeder wil geen open crisisplaatsing. Moeder wil vooral dat kind weggehaald wordt bij vader		♦											
9	1. Provinciale jeugdzorg (gedwongen)	Raadsverzoek voorlopige OTS met uithuisplaatsing	Vanwege acute dreigende situatie voor het kind		♦											
10	Jeugd ggz	Crisisplaatsing Jeugd ggz	Verblijf wordt beëindigd omdat kind onhandelbaar is		■											
11	6. Speciaal onderwijs	Vverblijf op VSO ZMOK gekoppeld aan crisisopname			■											
12	1. Provinciale jeugdzorg	Plaatsing in crisispleeggezin	Kind ontspoord hier helemaal en loopt weg		■											
13		Kind loopt weg			♦											
14		Aangehouden door politie en geplaatst in JJI	Op basis machtiging gesloten crisisopvang		■											
15	1. Provinciale jeugdzorg	Omzetting voorlopige OTS in definitieve			♦											
16		Plaatsing in JJI														
17	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing in ZMOK-school binnen inrichting														
18	2 Jeugd ggz	Psychologisch onderzoek	Bevindingen: IQ in LVG-range Conduct disorder; antisociaal gedrag													
19		Kind loopt weg, maar wordt door moeder weer terug gebracht														
20		Moeder gaat MEE voor IQ-test	Op instigatie van de gezinsvoogd													
21		Kind wordt overgeplaatst naar andere JJI	Constatering dat kind een zodanige groei heeft doorgemaakt dat plaatsing in een open voorziening met een vrijwillig kader wenselijk lijkt om van daar uit te werken aan thuisplaatsing of voorbereiding op begeleid zelfstandig wonen vanaf 18 jaar													
22	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing op school binnen JJI														
23		CIZ-indicatie	24-uurs plaatsing; zorgzwaartepakket lvg1													
24	3. Jeugd LVG	Geplaatst op Jeugd lvg	Plaatsing in besloten groep													
25	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing op school op terrein Jeugd lvg														

Jeugd lvg, nr. 32
 Jongen, 15 jaar, 24-uurs verblijf
 Toelichting: voorbeeld van stapeling omdat telkens (in lijn met zo-zo-zo beleid) voor een te lichte oplossing gekozen wordt

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2002				2003				2004				2005				2006				2007				2008											
				K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3									
1		Verhuizing uit Nederlandse Antillen naar Nederland	Al vrij snel ontstaan gedragsproblemen																																				
2		Betrokkenheid jeugdhulpverlening	Geen verdere details bekend																																				
3	1. Provinciale keuzdzorg	Inzet Families first	Intensieve gezinsbegeleiding (vanwege crisisituatie)	■																																			
4		Plaatsing in woonvoorziening VG Rotterdam)	VG: verstandelijke gehandicapenzorg					■																															
5	1. Provinciale jeugdzorg (gedwongen)	OTS van het kind	Naar aanleiding van hulpvraag moeder					◆																															
6	1. Provinciale jeugdzorg + 3 Jeugd lvg	Betrokkenheid voogdij instelling (WQ. Schrikker)						■				■																											
7	2. Jeug ggz	Crisisplaatsing in orthopedagogisch behandelcentrum	Omdat zorg in woonvoorziening ontoereikend blijkt te zijn					■																															
8	1. Provinciale jeugdzorg	Residentiële opname jeugd ggz						■																															
9	6. Speciaal onderwijs	Gekoppeld aan opname jeugd ggz						■																															
10		Time out project (in buitenland)	Vanwege escalatie in instelling;					■																															
11	1. Provinciale jeugdzorg	Vervolg residentiële opname jeugd ggz	Meteen is weer sprake van probleemgedrag en agressie. Plaatsing vrij snel beëindigd vanwege niet handhaafbaar gedrag					■																															
12	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing in school						■																															
13		Aanvraag indicatiestelling voor Jeugd lvg	Aanvraag door voogd									◆																											
14	2. Jeugd ggz	Psychiatrisch onderzoek	Bevindingen: gedragsstoornis, angststoornis, problemen primaire steungroep, zwakbegaafd Advies: gebaat bij opname in LVG-instelling									◆																											
15		Gezinsondersteuning	Geen verdere gegevens									■																											
16			Tussentijdse periode is onduidelijk. Mogelijk zit de jongen thuis in de periode voorafgaand aan opname in Jeugd lvg																																				
17	3. Jeugd lvg	CIZ indicatie	Indicatie: behandeling met verblijf, langdurig. Duur van 16-2-2007 tot 15-2-2010																	◆																			
18	3. Jeugd lvg	Geplaatst in Jeugd lvg																						■															
19	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing op school binnen Jeugd lvg																										■											

Jeugd LVG, nr. 34

Jongen, 18, thuiswonend

Toelichting: sinds kort geen 24-uurs opvang meer, maar 'hulp aan huis'. Kind uit een gezond gezinssysteem, maar vastgelopen door omstandigheden

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2006				2007				2008					
				K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4		
1		Basisschool	Kind blijkt in groep 1 nog niet schoolrijp; doubleert in groep 2 en vordert daarna moeizaam. In groep 8 wordt de jongen veel gepest. Ouders zeggen nu dat zij achteraf gezien beter voor speciaal onderwijs hadden kunnen kiezen.														
2		Plaatsing op LWOO															
3		Sociale vaardigheidstraining	Tijdens klas 2 (LWOO)														
4		Verwijderd van school	Escalatie: spijbelen en agressie (in reactie op spijbelen); wisseling van mentor speelde hierin een rol.		♦												
5		Begeleiding vanuit jeugdpreventieproject	Naar aanleiding zorg van ouders, schoolsituatie en jeugdagent. Na een viertal gesprekken gestopt (niet duidelijk waarom)		♦	■											
6	1. Provinciale jeugdzorg	Aanmelding bij BJZ door ouders	Gegeven de problemen														
7	1. Provinciale jeugdzorg	Melding bij Raad vd Kinderbescherming door BJZ	Omdat kind niet gemotiveerd is voor behandeling in vrijwillig kader														
8	1. Provinciale jeugdzorg (gedwongen)	Raad vd Kinderbescherming indiceert voor jeugdreclasseringsmaatregel	Vanwege overtreding leerplichtwet														
9		Jongen wordt opgepakt bij fietsdiefstal															
10	1. Provinciale jeugdzorg (gedwongen)	Voorgeleiding bij Raad vd Kinderbescherming	Raad geeft aan straf te zullen schorsen als jongere meewerkt met jeugdreclassering. Voorts wordt psychologisch onderzoek aangevraagd omdat de forensisch psychiater autisme vermoedt														
11	1. Provinciale jeugdzorg (gedwongen)	Raad vd Kinderbescherming heft schorsing straf op	Omdat jongere niet meewerkt aan onderzoek en de aanwijzingen van jeugdreclassering niet opvolgt. Raad adviseert plaatsing in JJI: voorlopige OTS met machtiging plaatsing JJI														
12	1. Provinciale jeugdzorg (gedwongen)	Raad vd Kinderbescherming legt OTS op	Doel OTS: bescherming jongere tegen zichzelf, afkicken van soft drugs en stoppen destructieve ontwikkeling														
13		Plaatsing in JJI															
14	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing in ZMOK-school binnen JJI															
15	1. Provinciale jeugdzorg (gedwongen)	Psychologisch onderzoek	Uit onderzoek blijkt dat jongere aan de kenmerken van LVG voldoet. Advies: civielrechtelijke plaatsing in passend instituut														
16		Raad vd Kinderbescherming legt jeugdreclassering en OTS op	Jongen krijgt 6 weken voorwaardelijk en een proeftijd van twee jaar voor diefstal geweldpleging en schoolverzuim. Daarmee is er een stok achter de deur als hij niet meewerkt aan behandeling binnen de jeugd-lvg.														
17	3. Jeugd lvg	CIZ-indicatie	Indicatie: behandeling met verblijf langdurig														
18	3. Jeugd lvg	Plaatsing op Jeugd lvg	Jongere wordt niet speciaal onderwijs geplaatst maar direct in werktoeleidingstraject														
19	3. Jeugd lvg	CIZ-indicatie	Zorgzwaartepakket lvg1														
20	3. Jeugd lvg	Plaatsing op Jeugd lvg	Vervolgplaatsing op basis van hernieuwde indicatie														

Jeugd ggz, nr. 35

Meisje, 14 jaar, thuiswonend

Toelichting: casus biedt inzicht in complexe gezinssituatie: naast de cliënt uit de casus, zijn een ouder zus (gezin van zes kinderen), en vader en moeder in behandeling bij de instelling (verschillende afdelingen).

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2006				2007				2008				
				K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3		
1		Signalering	Door moeder die zich zorgen maakt													
2		Verwijzing door huisarts	Gegeven zorgen van moeder													
3		CIZ-indicatie voor moeder	Moeder is lichamelijk gehandicapt en ontvangt vanuit thuiszorg verzorging (hulp bij aankleden) en schoonmaak/huishoudelijk hulp													
4	2. Jeugd ggz	Intake in behandelinstelling														
5	2. Jeugd ggz	Onderzoek	Bevindingen: angststoornis en zwakbegaafdheid Advies: contact met school om overvraging te stoppen, ouderbegeleiding en individuele therapie													
6	2. Jeugd ggz	Ouderbegeleiding	Gemiddeld eenmaal in drie weken. Individuele behandeling kind start niet omdat het kind niet wil													
7	8. TOG	Aanvraag TOG	Ouders vragen voor drie kinderen TOG aan: voor het kind uit de casus, voor een dochter met ernstige dyslexie en voor een zwakbegaafde dochter													
8		Overleg over PGB	Behandelinstelling suggereert ouders om een PGB voor het kind aan te vragen; daar komen zij echter niet aan toe													
9		Heraanvraag CIZ-indicatie voor moeder	CIZ wil de huishoudelijke hulp stopzetten omdat man en ze kinderen dat wel kunnen doen. Maar de chaos in het gezin (niet luisterende kinderen) laat dat niet toe; verder hebben de kinderen astma en staat vader onder behandeling van een psycholoog en is hij niet in staat om een huishouden te runnen. Herlaarhof heeft daarover contact met CIZ, maar die kunnen alleen iets doen als er een psychiatrische diagnose van vader ligt. Op basis van diagnose van behandelend psycholoog wordt de huishoudelijke hulp tenslotte gecontinueerd.													
10		Behandeling vader door afdeling volwassenen behandelinstelling	Vader kon behandeling door psycholoog niet meer continueren (omdat na het achtste consult de verzekering niet meer vergoedde). Omdat de psycholoog psychiatrische problematiek had geconstateerd, was dat voor behandelinstelling reden om vader te laten behandelen, mede met het oog op versterking van de gezinssituatie in het belang van het kind.													
11		Behandeling van kind samen met vadeer	Het kind wil niet behandeld worden. Bij onderzoek blijkt vader een vergelijkbare agressieproblematiek te hebben. Er is toen voorgesteld om vader en dochter samen een agressieregulatie behandeling te geven. Het kind wil dan wel samen met vader behandeling. Na drie behandelingen wil het meisje echter niet meer komen.													
12		CIZ indicatie voor moeder														
13	8. TOG	TOG-indicatie afgewezen	Afgewezen omdat elk kind individueel niet aan de criteria voldoet. Het feit dat het een combinatie is van drie kinderen speelt geen rol in de afweging													
14	2. Jeugd ggz	Psychiatrische Intensieve Thuiszorg	Thuiszorg voor volwassenen en ouderen met psychische problematiek die dermate ernstig is, dat klinische opname feitelijk geïndiceerd is. Met PIT wordt klinische opname in eerste instantie voorkomen (3 keer)													
15	2. Jeugd ggz	Suicidepoging door oudere zus (19 jaar)	Crisisinterventie via huisarts; daarna diagnostiek. Advies: behandeling via gezinsgesprekken. Oudere zus valt onder adolescentenafdeling, maar gezinsgesprekken worden samen met kinderafdeling gevoerd, vanwege verwevenheid problematiek. Na een aantal gezinsgesprekken krijgt de oudere zus individuele begeleiding (die nu nog doorloopt, maar niet intensief). In die periode vindt nog een tweede suicidepoging plaats.													
16	2. Jeugd ggz	Behandeling moeder	Groep voor depressieve ouders. Wordt verzorgd door afdeling kinderen omdat depressie moeder samenhangt met de situatie van het kind													
17		Inschrijving vader voor onderzoek	Op volwassenenafdeling van de behandelinstelling													
18		Crisissituatie	Kind slaat thuis door													
19	2. Jeugd ggz	Medicatieconsult	In verlengde van crisisituatie. Na een week stopt het kind echter met de medicatie													
20		MEE	Moeder vraagt ondersteuning aan voor de thuissituatie. Er is ook hulp aan huis nodig voor het kind (die de behandelinstelling niet kan bieden)													
21		Aanvraag PGB door MEE	Eerder was de moeder door de behandelinstelling op PGB geweest, Maar zij was niet toegekomen aan het doen van een aanvraag													
22		Signalering door huisarts	Huisarts neemt contact op met behandelinstelling vanwege zorgen om agressie in het gezin. Beide partijen geven naar ouders toe aan tot raadsmeding over te gaan als de situatie niet verbetert; dat heeft effect.													
23		Aanvraag huisarts spoedindicatie (GGV) bij CIZ	Gespecialiseerde gezinsverzorging (GGV) voor de depressieve moeder. Deze wordt toegekend.													
24		Verstrekking GGV	Klasse 3: 6,9 uur													
25	8. TOG	Hernieuwde aanvraag TOG	Vanwege toenemende agressie van het kind													
26		Start behandeling vader	Na afronding van onderzoek start behandeling vader (EMDR) voor depressieve klachten													
27	2. Jeugd ggz	Hernieuwde diagnostiek kind	In verband met aanvraag TOG													
28	7. PGB	CIZ	PGB toegekend													
29	8. TOG	TOG afgewezen	Vanwege tekortschietende diagnose													
30	8. TOG	Bezwaar ingediend tegen beschikking	vanwege lopende diagnostiek													
31	8. TOG	Hernieuwde aanvraag TOG	Op basis nieuwe diagnostiek													
32	7. PGB	Invulling PGB van start	O.a. logeeropvang; dat begint in juni; het kind staat verder op de wachtlijst voor huiswerkbegeleiding vanuit de PGB													
33	8. TOG	TOG toegekend	Op basis van nieuwe diagnostiek													
34	2. Jeugd ggz	Medicatie	Gesprek over opnieuw beginnen met medicijnen. Dit gebeurt ook.													

Jeugd ggz, nr. 36

Jongen, 19 jaar, opname (24 uren)

Toelichting: Casus met in meerdere behandelperioden op de behandelinstantie; ook Wajong. Ouders gescheiden; vader alcoholist en manisch-depressief.

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2001			2002			2003			2004			2005			2006			2007			2008			
				K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1
1	2. Jeugd ggz	Onderzoek door behandelinstantie	In 1992, naar aanleiding van gedragsklachten. Er is dagbehandelingsadvies gegeven, maar daaraan is geen gevolg gegeven door moeder																									
2	2. Jeugd ggz	Onderzoek door behandelinstantie	1995; hernieuwd onderzoek n.a.v. gedragsklachten. Er werd hechtingsproblematiek geconstateerd. Advies dagbehandeling niet opgevolgd door moeder																									
3		Video home training	1996; door een andere instantie																									
4		Onderzoek door GGD	In 1999																									
5		Verwijzing door basisschool	2001 Naar aanleiding van gedragsproblemen. School adviseert plaatsing op ZMOK-school; ouders niet akkoord	◆																								
6	2. Jeugd ggz	Psychologisch onderzoek	2001 Advies: ouderbegeleiding en behandeling kind				◆																					
7		Kind wordt verwijderd van school	2001 Kind geplaatst op wachtlijst voor observatie ZMOK-school en zit in afwachting thuis				◆																					
8		Vader regelt plaatsing op reguliere school	Vader woont elders; moeder is akkoord en kind trekt in bij vader en gaat daar naar school				◆																					
9	2. Jeugd ggz	Behandeling en ouderbegeleiding	Kind wordt vrijwel niet naar de behandeling gebracht				◆																					
10	3. Jeugd ggz	Afsluiting behandeling	Thuis situatie is te instabiel om de behandeling voort te kunnen zetten. Ouders krijgen advies meer grenzen te stellen en meer veiligheid te bieden				◆																					
11	3. Jeugd ggz	Vader zoekt hulp voor het kind bij Riagg in de buurt	Geen verdere informatie				◆																					
12	1. Provinciale jeugdzorg	Vader meldt kind aan bij BJZ	Advies BJZ: plaatsing op Boddaertencentrum, maar dat gaat niet door omdat het kind weer naar moeder gaat							◆																		
13	2. Jeugd ggz	Moeder meldt het kind weer aan bij de behandelinstantie	Vanwege gedragsproblemen Omdat er geen psychiatrische hulpvraag is, wordt moeder naar BJZ verwezen en het dossier weer gesloten							◆																		
14	2. Jeugd ggz	Moeder meldt het kind wederom aan	Gedragsproblemen; vraag naar diagnostiek. Situatie lijkt zorgelijk; zorgmelding via leerplichtambtenaar (kind gaat niet meer naar school) wordt overwogen, maar niet doorgezet																◆									
15	2. Jeugd ggz	Behandelinstantie verwijst moeder naar BJZ	Kind wilde niet behandeld worden in psychiatrie. Er wordt wel afgesproken onderzoek te doen																◆									
16	2. Jeugd ggz	Onderzoek	Kind komt niet opdagen voor het onderzoek																									
17	2. Jeugd ggz	Moeder vraagt om het kind op te nemen	Kind wil geen opname; er volgen wel een aantal gesprekken en er wordt afgesproken onderzoek te doen																								◆	
18	2. Jeugd ggz	Onderzoek door behandelinstantie	Diagnose: ADHD Advies: medicatie																									
19	2. Jeugd ggz	Medicatiebehandeling	Kind is daarover niet tevreden en stopt er snel mee																									
20	2. Jeugd ggz	Ouderbegeleiding	Looptijd niet bekend																									
21		Toeleiding naar werk	Kind geeft aan te willen werken (project Sterk in werk). Omdat het kind dan nog geen 18 jaar is, is de vraag of er wel een job coach voor het kind betaald kan worden.																									
22		Aanvraag bij UWV	UWV stelt: wacht tot 18 jaar en vraag intussen via BJZ een indicatie dagbesteding aan.																									
23	1. Provinciale jeugdzorg	Aanvraag bij BJZ	BJZ verwijst naar MEE																									
24		Aanvraag bij MEE	MEE verwijst naar CIZ																									
25	3. Jeugd lvg	Aanvraag bij CIZ	CIZ stelt dat kind niet zwakbegaafd is verwijst terug naar BJZ																									
26		Onderzoek CWI-arts	Met het oog op Wajong om te bezien of het kind voor 18 jaar al kan werken in kader van dagbesteding. Kind wordt afgekeurd voor plaats in WSW (want is te zwak en heeft teveel begeleiding nodig). Kind komt wel in aanmerking voor Wajong																								◆	
27		Start bij Sterk in Werk	Vanaf 18e begint het kind bij Sterk in Werk. Dat gaat niet goed: niet inpasbaar voor werk, verzuimt, heeft teveel begeleiding nodig																									◆
28	2. Jeugd ggz	Opname (24-uren) in adolescentenafdeling van behandelinstantie	Daar zal nieuw onderzoek starten. Vermoed wordt een borderline stoornis (die op vroegere leeftijd nog niet gediagnosticeerd kan worden)																									◆

Jeugd ggz, nr. 37

Jongen, 11 jaar, thuiswonend

Toelichting: complexe casus met (aan het eind) een PGB.

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008			
				K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2
1		Onderzoek naar afasie	Signalering niet bekend Advies: logopie																
2		Logopedie	Looptijd in elk geval tot april 2003; mogelijk langer																
3		Verwijzing door basisschool	Vanwege gedragsproblemen Het kind gaat vervolgens een periode niet naar school niet naar school																
4	2. Jeugd ggz	Doorverwijzing naar BJZ	Verzoek ouders (op advies school) was plaatsing op MKD, maar dat kan de behandelinstelling niet leveren; daarvoor moeten ouders naar BJZ. Waarschijnlijk is optie MKD verder niet verkend door de ouders																
5		Kinderarts schrijft Ritalin voor	Vanwege ADHD																
6		Onderzoek naar dysfasie	Verwijzing naar speciaal onderwijs (vanwege spraak-taal problemen)																
7	2. Jeugd ggz	Aanmelding door ouders voor diagnostiek	Ouders hebben na intake gesprek aanvraag teruggetrokken (niet tevreden over bejegening)																
8	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing op speciaal onderwijs (cluster 2)																	
9	6. Speciaal onderwijs	Verwijzing door SO voor diagnostiek	Ouders gaan hier nu wel in mee																
10	2. Jeugd ggz	Diagnostiek	Psychologisch onderzoek, observatie, psychiatrisch onderzoek Diagnose: ADHD en kenmerken autisme Advies: medicatie, plaatsing op ZMOK-school van behandelinstelling																
11	2. Jeugd ggz	Start (ambulante) behandeling kind																	
12	2. Jeugd ggz	Ouderbegeleiding	Loopt parallel aan behandeling kind in wisselende intensiteit. Apart vindt gedurende een periode nog behandeling rouwverwerking moeder plaats (ivm, verlies andere kinderen)																
13	6. Speciaal onderwijs	Indicatiestelling door Cvl	Omdat het kind niet opgenomen wordt is er voor plaatsing op de ZMOK-school een indicatie nodig																
14	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing op ZMOK-school	Veel gedragsproblemen, niet hanteerbaar																
15	2. Jeugd ggz	Plaatsing op dagbehandeling	Plaats op ZMOK loopt daarbij door. Ook voor de dagbehandeling is de problematiek te zwaar																
16	2. Jeugd ggz	Opname in kliniek	Plaats op ZMOK loopt daarbij door. Tijdens opname is o.a. een aandachts- en concentratietraining gegeven																
17	2. Jeugd ggz	Medicatie	Loopt nog steeds door																
18	2. Jeugd ggz	Advies uithuisplaatsing	Behandelinstelling adviseert ouders uithuisplaatsing met het oog op de situatie die ontstaat als het kind uit de opname ontslagen wordt. De ouders (die al twee kinderen hebben verloren) willen er alles aan doen om het kind in huis te houden. Daarop adviseert de behandelinstelling om een PGB aan te vragen																
19	1. Provinciale jeugzorg	Aanvraag PGB bij BJZ	Behandelinstelling overlegt met BJZ over de aanvraag en adviseert een maximaal PGB omdat het kind anders thuis niet handhaafbaar zal zijn																
20	7. PGB	Toekenning PGB	Toekenning PGB voor de periode 4-7-2007 – 4-7-2008. Toegekend wordt: ondersteunend begeleiding algemeen klasse 6, 13-15,9 uur per week, plus ondersteunende begeleiding dag klasse 1, een dagdeel; activerende algemeen klasse 1, 0-1,9 uur; ggz activerende begeleiding klasse 1, 1 dagdeel; ggz verblijf tijdelijke klasse 1, 1 etmaal; ggz behandeling algemeen.																
21	2. Jeugd ggz	Ontslag uit opname																	
22	2. Jeugd ggz	Voortzetting dagbehandeling	Daarbij loopt plaatsing op speciaal onderwijs door																
23	7. PGB	Inzet PGB	O.a begeleiding thuis en logeeropvang																

Jeugd ggz, nr. 38

Jongen, 10 jaar, thuiswonend

Toelichting: kind aangemeld vanwege (vermeend seksueel) misbruik door buurjongen; ouders gescheiden; moeder heeft nieuwe vriend. Een incident – dat op zichzelf beschouwd meevalt – zet heel wat in beweging

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2007			2008				
				K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	
1		Incident									
2		Aanmelding door moeder (na contact met huisarts)	Moeder meldt ook bij zedenpolitie aan								
3	2. Jeugd ggz	Intake	Er blijken ook problemen tussen de ouders te zijn; die zouden beter met elkaar moeten communiceren. Advies: behandeling ouders en onderzoek van het kind (om na te gaan of het kind door het incident getraumatiseerd is)								
4		Bemoeienis biologische vader	Gedurende het hele traject is er bemoeienis van de biologische vader die vaak telefonisch contact zoekt en klaagt over de nieuwe vriend van moeder, maar komt verder niet opdagen op afspraken								
5		Verhoor kind door politie									
6	1. Provinciale jeugdzorg	Politie doet melding bij AMK	Nieuwe vriend van moeder blijkt bij politie bekend als zedendelinquent te zijn. Hij heeft het kind niet misbruikt, maar het is geen veilige situatie voor het kind								
7	1. Provinciale jeugdzorg	Bespreking kind in scenarioteam	In dit team zitten alle betrokken partijen. Afspraken: AMK doet onderzoek Behandelinstelling onderzoek jongen en voert gesprekken met ouders om hun communicatie te verbeteren. In periode daarna wordt weinig actie ondernomen door politie en AMK								
8	2. Jeugd ggz	Oudergesprekken	Ouders komen niet opdagen. Vervolgens verbreekt moeder het contact uit onvrede over de melding naar het AMK en zegt met het kind naar een particuliere psycholoog te gaan								
9	1. Provinciale jeugdzorg	AMK start onderzoek									
10	1. Provinciale jeugdzorg	AMK	AMK heeft contact met moeder gehad en zet druk op moeder om onderzoek te laten doen. Verder gaat AMK in gesprek met moeder en haar vriend om te bezien hoe de veiligheid voor het kind geborgd kan worden. Daarbij wordt ook de reclassering betrokken								
11		Hulpverlening aan vriend moeder	Inzet verslavingszorg en reclassering om te bevorderen dat de situatie voor het kind veilig is. Looptijd van deze betrokkenheid niet bekend								
12		Contact vanuit school	School meldt bij politie klachten van vader (die school heeft benaderd) over de situatie								
13	2. Jeugd ggz	Onderzoek en behandeling kind	Moeder is nu wel akkoord daarmee. Het kind wordt enkele keren gezien in kader onderzoek en traumabehandeling								
14	2. Jeugd ggz	Gesprekken met moeder	Er worden enkele gesprekken met moeder gevoerd over hoe de situatie voor het kind veiliger kan worden								
15	1. Provinciale jeugdzorg	AMK organiseert een hulpverleningsteam	Het gaat om een 'meersportenteam' met coördinator vanuit B.J.Z. (die zelf geen cliëntencontact heeft)								
16		Politie meldt bevindingen onderzoek (ook horen buurjongen)	De politie denkt dat het niet om misbruik ging, maar om (weliswaar vergaand) seksueel 'spel' met goedvinden van het kind								
17	2. Jeugd ggz	Gesprek met moeder	Conclusie op basis van onderzoek: er is geen trauma omdat een en ander niet tegen de wil van het kind gebeurd is. Geen verdere behandeling; instelling zal het kind wel nog enkele keren zien								
18	1. Provinciale jeugdzorg	AMK sluit de melding af	Redenen: er was geen sprake van misbruik; de vriend is uit huis, krijgt verslavingshulp en reclasseringshulp; moeder werkt mee. Het hulpverleningsteam blijft wel in stand om vinger aan de pols te houden (en komt nog enkele malen bij elkaar)								
19	2. Jeugd ggz	Kind wordt nog eenmaal gezien	Geen problemen; kind voelt zich wel schuldig vanwege effecten van een en ander op moeder. Kind is uitbehandeld; zorgen om veiligheid blijven								
20	1. Provinciale jeugdzorg	Bijeenkomst hulpverleningsteam	Standpunt behandelinstelling: situatie blijft onveilig. Behandelinstelling zal kind uitschrijven als vervolgtraject jeugdzorg (b.v.k. aanwijzen gezinsvoogd) is geregeld								

BJZ, nr. 41

Jongen, 16, geplaatst in gezinshuis

Toelichting: een meer 'typische' BJZ-casus met relatief weinig stapeling. Casus laat zien dat in 'wachtijd' op behandeling van alles mis kan gaan. Er is geen sprake van stoornis; beperkte betrokkenheid van (gescheiden) ouders ('er zijn' voor het kind) speelt een rol.

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2004		2005				2006				2007				2008		
				K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3
1		Signalering problemen	Bij overgang basis naar voortgezet onderwijs. Kind zit op regulier onderwijs	◆																
2	1. Provinciale jeugdzorg	Strafmelding leerplicht bij Raad	N.a.v. veel spijbelen en onvoldoende toezicht ouders daarop										◆							
3	1. Provinciale jeugdzorg	Aangemeld bij BJZ vanuit jeugd preventieproject van het AMW	N.a.v. spijbelen, maar ook gespannen relatie met ouders (liegen en bedriegen) en depressief gedrag										◆							
4		Kind van school af	In tweede jaar VO blijft hij voor de tweede keer zitten en moet dan van school af											◆						
5	2 Jeugd ggz	Spoedonderzoek bij GGZ	N.a.v. depressieve klachten. Conclusie: geen psychiatrische stoornis; wel een ontwrichte thuissituatie (ouders zijn onvoldoende beschikbaar voor het kind en willen daar ook niet op in zetten). Advies: uithuisplaatsing										◆							
6	1. Provinciale jeugdzorg	Indicatie jeugdhulp	Ouders willen geen uithuisplaatsing, maar kind thuis houden. Dan is wel hulp nodig										◆							
7		Kind pleegt winkeldiefstal	Gebeurt in de periode dat men wacht op de geïndiceerde hulpverlening												◆					
8		Halt wordt ingezet	Dit is voor de ouders de druppel. Zij stemmen in met voorstel plaatsing in in pleeggezin												◆					
9	1. Provinciale jeugdzorg	Indicatie pleeggezin	Maar er is niet meteen een plaats												◆					
10		Plaatsing bij Job	Arbeidstoeleiding; omdat meer regulier onderwijstraject niet past																	
11		Kind steelt geld van ouders.	Moeder doet aangifte en meldt dit ook bij BJZ																◆	
12	1. Provinciale jeugdzorg	Interventie BJZ	BJZ ziet af van oorspronkelijk voornemen plaatsing in pleeggezin. Er wordt nu gekozen voor plaatsing in gezinshuis. Daaraan voorafgaand crisisplaatsing en overbruggingsplaatsing. Voorts wordt jeugdhulp thuis ingezet om de ouders toe te rusten voor de terugkeer van hun kind																◆	
13	1. Provinciale jeugdzorg	Crisisplaatsing	Maximale duur 4 weken																■	
14	1. Provinciale jeugdzorg	Overbruggingsplaatsing	Na crisisplaatsing plaatsing in opvang en observatiegroep (Oosterpoort) in afwachting plaats in gezinshuis																■	
15	1. Provinciale jeugdzorg	Jeugdhulp thuis	Opvoedingsondersteuning ouders (m het oog op moment dat kind weer naar huis zal gaan																■	
16	1. Provinciale jeugdzorg	Plaatsing in gezinshuis	Daar gaat het goed; probleemgedrag neemt af; traject werktoeleiding loopt ook goed																■	

BJZ, nr. 42

Meisje, 11 jaar, thuiswonend

Toelichting: geen duidelijke stoornis; er lijken zowel kind- als systeemfactoren te zijn, maar een goed aangrijpingspunt is nog steeds niet gevonden.

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2001			2002			2003			2004			2005			2006			2007			2008					
				K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	
1	1. Provinciale jeugdzorg	Opvoedondersteuning thuis		[Blue bar]																										
2	1. Provinciale jeugdzorg	Plaatsing in MKD	Wegens onhandelbaar gedrag	[Blue bar]																										
3	1. Provinciale jeugdzorg	Ouderbegeleiding	Gekoppeld aan MKD-plaatsing	[Blue bar]																										
4		Behandeling door kinderpsychiater (particulier)	Geen verdere informatie	[Blue bar]																										
5	2. Jeugd ggz	Klinische opname	Observatie-opname	[Blue bar]																										
6	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing speciaal onderwijs	Gekoppeld aan opname	[Blue bar]																										
7	2. Jeugd ggz	Vervolgopname (zelfde instelling als 5)		[Blue bar]																										
8	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing speciaal onderwijs	Gekoppeld aan opname	[Blue bar]																										
9	2. Jeugd ggz	Systeemgesprekken met ouders	parallel aan opname	[Blue bar]																										
10	2. Jeugd ggz	Psychiatrische intensieve Thuisbegeleiding (PIT)	Ouders breken deze af omdat de energie op een bepaald moment ontbreekt om andere opvoedvaardigheden aan te leren	[Blue bar]																										
11		Opname moeder	Oververmoeidheid; stoornissen Zij krijgt behandeling die succesvol wordt afgesloten in 2004	[Blue bar]																										
12	1. Provinciale jeugdzorg	Matchmaatje	Soort buddy (vrijwilliger; dit loopt erg goed; indicatie hiervoor is telkens verlengd	[Blue bar]																										
13	1. Provinciale jeugdzorg	Ouderbegeleiding		[Blue bar]																										
14	1. Provinciale jeugdzorg	Indicatie weekend pleeggezin ('dagpleegzorg')	Ter ontlasting van overbelaste ouders (ander kind heeft PDD-NOS)	[Blue bar]																										
15	1. Provinciale jeugdzorg	Weekend pleeggezin		[Blue bar]																										
16	8. TOG	Ouders ontvangen TOG	Periode niet precies bekend	[Blue bar]																										
17	2. Jeugd ggz	Indicatie psychomotore therapie	In de voorafgaande periode lukt het niet om te een adequate aanpak te komen. Daarom wordt gekozen voor een heel andere aanpak, om te bezien of die wat oplevert. Ook is overwogen om het hele gezin op te nemen, maar dat wezen de ouders af	[Blue bar]																										
18	2. Jeugd ggz	Psychomotore therapie	Loopt nog door	[Blue bar]																										
19			Behandeling loopt nog	[Blue bar]																										

BJZ, nr. 43

Jongen, 5 jaar, thuiswonend

Toelichting: casus met veel systeemproblematiek, al zijn er mogelijk ook kindfactoren; hectisch gezin, schuldproblematiek, kleinbehuisd; broertje met PDD-NOS; moeder die kinderen (en hun handicap) functioneel inzet om zaken gedaan te krijgen en agressieve vader

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2007				2008				
				K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	
1	1. Provinciale jeugdzorg	Aanmelding bij BJZ			♦							
2	1. Provinciale jeugdzorg	Indicatie jeugdhulp thuis				♦						
3	1. Provinciale jeugdzorg	Vervangende zorg	Deze is ingezet omdat jeugdhulp thuis niet direct beschikbaar is									
4	1. Provinciale jeugdzorg	Jeugdhulp thuis	Zoals oorspronkelijk beoogd									
5	7. PGB	Ondersteunende begeleiding	Een dag, opvang kind in een groep									
6	1. Provinciale jeugdzorg	Indicatie MKD										
7	1. Provinciale jeugdzorg	Plaatsing MKD	Daarvoor zit het kind op reguliere school (vrije school)									
8	7. PGB	PGB hulpverlener doet zorgmelding bij AMK	Verdenking seksueel misbruik. Moeder lijkt vader impliciet te beschuldigen.									
9	1. Provinciale jeugdzorg	Onderzoek AMK	Verdenking wordt niet bevestigd									
10			Ouders gaan in deze periode uit elkaar. Kinderen gaan bij vader wonen (acht AMK veilig). Moeder krijgt vervolgens een nieuwe vriend en wil weer voor de kinderen zorgen. Voor het welbevinden van de kinderen zijn deze wisselingen niet gunstig									
11			Actuele situatie: BJZ overweegt raadsonderzoek vanwege zorg over de basisveiligheid kinderen									

Jeugd ggz nr. 44

Meisje 11 jaar

Toelichting: gescheiden ouders, één zusje, biologische vader heeft kinderen in het weekend, moeder heeft nieuwe partner

Zit sinds augustus 2005 op REC 3, vermoeden van MCDD

Er is een forse moeder/kind problematiek: relaties tussen de drie volwassenen staat onder constante druk

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2005				2006				2007				2008		
				K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3
1	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing in REC cluster 3	Vermoeden van MCDD	[Blue bar]														
2	2. Jeugd-ggz	School dringt aan op onderzoek bij jeugd ggz (collega instituut)																
3	2. Jeugd-ggz	Onderzoek	Collega-instituut geeft aan dat problematiek van het meisje in combinatie met zwakke structuur thuis vraagt om opname. Kenmerken van schizofrene ontwikkeling manifesteren zich.															
4	2. Jeugd-ggz	Opname voor observatie en behandeling																
5	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing in SO REC 4 parallel aan opname																
6	2. Jeugd-ggz	Behandeling van zusje van het kind	Zorg om zusje (angstig meisje met stagnatie in sociaal emotionele ontwikkeling, zij wordt als nevencliënt betrokken bij behandeling.															
7		Behandeling moeder (GGZ)	Moeder leidt aan ernstige depressiviteit en wordt daarvoor behandeld															
8	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing in de 'oude' REC 3 school	Oude school REC 3 neemt meisje terug na behandeling, maar geeft na een aantal weken aan dat het kind men het kind niet meer aan kan															
9	2. Jeugd-ggz	Jeugd-ggz bemiddelt rond plaatsing kind in speciaal onderwijs																
10	6. Speciaal onderwijs	Meisje wordt wer op de REC-4 school geplaatst	Er is niet sprake van parallele opname behandeling.															
11	Jeugd-ggz	Ambulante begeleiding	Meisje krijgt voor de overgang naar huis nog ambulante begeleiding (KIT) voor een periode van 2 maanden.															

Jeugd-ggz, nr 45

Jongen 18 jaar, geen school, geen werk, soms zwervend, en emotioneel veel jonder dan kalenderleeftijd

Toelichting: wordt als gevolg van middelengebruik opgenomen in ziekenhuis, waanideeën en hallucinaties

Gescheiden ouders, nieuwe partner van moeder roept onbestemde gevoelens op bij behandelaars

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2008			
				K1	K2	K3	K4
1			Geen voorgeschiedenis in dossier (vermoeden dat er geen voorafgaande zorggeschiedenis is)				
2		Opname in ziekenhuis na middelengebruik	ziekenhuis dringt aan op opname op gesloten afdeling		◆		
3	2. Jeugd-ggz	Crisisopvang bij jeugd-ggz instelling	Gedurende twee weken		■		
4	2. Jeugd-ggz	Ambulante behandeling	Krijgt vervolgens ambulante begeleiding, maar komt niet opdagen op afspraken.		■		
5	1. Provinciale jeugdzorg	Behandelaars doen melding bij het AMK	Gelet op de kwetsbaarheid van de jongen en de onbestemde gevoelens over partner moeder. Deze wordt in verband gebracht met pedofilie circuit en sterk vermoeden van seksuele handelingen ook bij jongen.			◆	
6		Jongen wordt 18 jaar	Jongen is inmiddels 18 jaar en buiten beeld			◆	

Jeugd-ggz nr 46**Meisje 11 jaar**

Toelichting: doorgeschoten ego, opstandige aard, grenzeloos gedrag en suïcidale zinspelingen (normale intelligentie)
 Moeder heeft kinderen bij meerdere partners: enkele kinderen ontvoerd door vader in buitenland. Belaste voorgeschiedenis van de moeder Blijf van mijn lijf huis. Moeder is aantal jaren leden van de grote stad naar de provincie verhuist.

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2004		2005				2006				2007				2008			
				K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	
1	1. Provinciale Jeugdzorg	Aanmelding bij BJZ	op basis van gedrag																		
2	1. Provinciale Jeugdzorg	Daghulp van zorgaanbieder	Er ontstaat vermoeden van seksueel misbruik																		
3	2. Jeugd-ggz	Speltherapie	Met speltherapie kan vermoeden van sexueel misbruik niet worden bevestigd																		
4	2. Jeugd-ggz	Via collega/instituut verwezen naar jeugd/ggz voor observatie																			
5	2. Jeugd-ggz	Opname op klinische afdeling	Uit observatie komt dat er eigenlijk geen sprake is van een psychiatrische problematiek																		
6	2. Jeugd-ggz	Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling (IPG)	Kind heeft een zorgwekkende ontwikkeling doorgemaakt; terugkeer naar huis is een ernstig risico. Inzet thuishulp voor moeder (IPG); naar oordeel van de behandelaars pakt zij haar taken op - wel behoefte aan verdere begeleiding. Gelet op aanwezigheid jonger verstandelijk gehandicapt broertje wordt er gedacht aan gezinsopname																		
7	1. Provinciale jeugdzorg	Indicatiestelling BJZ	Residentiele opname																		
8	1. Provinciale jeugdzorg	Opname	Behandeling loopt nog ten tijde van dossieronderzoek																		

Jeugd ggz, nr. 47

Jongen 14 jaar

Toelichting: Oudersysteem zwak, moeder PDD NOS, vader analfabeet, nog één zusje in gezin

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2004		2005				2006				2007				2008		
				K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3
1	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing in speciaal onderwijs, REC cluster 3	De voorgeschiedenis is niet bekend. Vanaf zijn tiende jaar op REC 4, wel bij 3 verschillende locaties	[Redacted]																
2	1. Provinciale jeugdzorg	Ambulante jeugdhulpverlening via zorgaanbieder		[Redacted]																
3		Behandeling moeder	Moeder al vanaf 2006 in behandeling met Psychiatrische Intensieve Thuisbegeleiding	[Redacted]																
4	2. Jeugd-ggz	Diagnostiek	Vaststelling van stoornis van Asperger door vrijgevestigde collega begin 2006	[Redacted]																
5	6. Speciaal onderwijs	Psychologische test	Jongen heeft normale intelligentie / kan op havo niveau mee	[Redacted]																
6	1. Provinciale jeugdzorg	Aanmelding door MEE	BJZ geeft indicatie voor jeugd/ggz (observatie) en PGB voor begeleiding na opname	[Redacted]																
7	2. Jeugd-ggz	Klinische opname	Zusje wordt als nevencliënt betrokken bij behandeling	[Redacted]																
8	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing speciaal onderwijs	Gekoppeld aan opname	[Redacted]																





Jeugd ggz, nr 48

Toelichting: Jongen 9 jaar, ouders gescheiden, moeder heeft nieuwe (geweldadige) partner

Jongen heeft forse gedragsproblemen: er zijn aanwijzingen van problemen in autistisch spectrum.

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2008			
				K1	K2	K3	K4
1			Geen verdere voorgeschiedenis bekend; kind zit bij aanvang in regulier onderwijs				
2	1. Provinciale jeugdzorg	School meldt aan bij AMK	in verband met duidelijke kenmerken van verwaarlozing	◆			
3		Biologische vader meldt ook bij AMK			◆		
4		Aanmelding door huisartsbij ambulante team van de jeugd-ggz-instelling			◆		
5	2 Jeugd ggz	Jeugd-ggz instelling wil met dagbehandeling aan de slag, maar moeder weigert	Jeugd-ggz instelling heeft overleg met RvdK en dwingt behandeling af op basis van dreiging met procedure Raad			◆	
6	2. Jeugd ggz	Behandeling	Jongen komt in dagbehandeling, start met diagnose, verbaal zwakke intelligentie, aanwijzingen autisme				■
7	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing in speciaal onderwijs	Op basis van plaatsing jeugd-ggz				■
8		Moeder geeft aan te willen verhuizen en behandeling elders voort te willen zetten					◆
9	2. Jeugd-ggz	Instelling geeft aan over te willen gaan naar intensievere behandeling en desnoods via de Raad dit af te willen dwingen	Mede omdat komende gezinsuitbreiding positie van dit kwetsbare jongetje nog meer onder druk zal zetten De kwestie loopt ten tijde van het dossieronderzoek nog				◆

Jeugd ggz, nr. 49
 Meisje 17 jaar
 Toelichting: intact gezin, wel middelengebruik bij beide ouders
 Meisje is zelfmelder, door MBO SPW ziet zij eigen problematiek

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2001				2002				2003				2004				2005				2006				2007				2008		
				K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3
1		Nieuwe taak	Beperkte voorgeschiedenis in dossier (vermoeden dat er geen andere zorggeschiedenis is)																															
2	2. Jeugd-ggz	Behandeling bij vrijgevestigd psycholoog	In verband met angsten (geen verdere informatie)																															
3	1. Provinciale jeugdzorg	Melding bij AMK	Melding door omgeving op basis zelfmutulatie en drugsgebruik ouders (geen verder informatie)	◆																														
4	2. Jeugd-ggz	In het voorjaar meldt zij zich bij de afdeling ambulans (angstig, flashbacks over seksueel misbruik)	In het voorjaar meldt zij zich bij de afdeling ambulans (angstig, flashbacks over seksueel misbruik)	◆																														
5	2. Jeugd-ggz	Dagbehandeling	Problematiek is te fors voor ambulans traject, komt in de dagbehandeling																															
6	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing in REC, cluster 4	Parallel aan dagbehandeling in REC 4. Hier heeft zij niets te halen, men probeert een aangepast programma te realiseren. Uit observatie komt persoonlijkheidsstoornis naar voren met ADHD kenmerken en een vermoeden van verwaarlozing																															
7	2. Jeugd-ggz	Start systeemtherapie	Systeemtherapie, moeder wordt betrokken in behandeling, maar wenst behandeling - ook van dochter - te beëindigen																															

Jeugd ggz, nr. 50

Jongen 16 jaar, gescheiden ouders, geen contact meer met vader

Toelichting: moeder extreem extravert, jongen is het spiegelbeeld extreem introvert

Hij gaat niet meer naar school (REC 4) is erg onzeker en angstig

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2004				2005				2006				2007				2008			
				K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	
1	2. Jeugd-ggz	Behandeling door particulier psycholoog	Verder weinig informatie, moeder was niet tevreden over behandeling																				
2	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing op REC, cluster 4	Op basis van sociale angststoornis																				
3		Huisarts verwijst naar jeugd ggz																					
4	2. Jeugd-ggz	Ambulante begeleiding	Therapie Kind in Thuissituatie (KIT) en medicatie om angstniveau omlaag te brengen																				
5	2. Jeugd-ggz	Start dagbehandeling	Moeder laar kind niet los, reden om behandelintensiteit op te schroeven naar dagbehandeling met als doel om een doorbraak te forceren																				

Jeugd ggz, nr. 51

Jongen 13 jaar, gescheiden ouders, in weekend bij vader, doordeweeks bij moeder met wisselende partners

Toelichting: Geen verdere voorgeschiedenis, jongen zat in het reguliere onderwijs

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2006	2007					2008					
				K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4			
1		Traumatiserend incident	Tijdens gaming weekend werd kind geïntimideerd met als gevolg zware depressie en extreem teruggetrokken gedrag.	◆											
2	2. Jeugd-ggz	Behandeling door (vrijgevestigd) psychiater	Behandeling na incident op gaming weekend, maar er trad geen verbetering op												
3	2. Jeugd-ggz	Eerste aanmelding door vader bij afdeling ambulans													
4	2. Jeugd-ggz	Behandeling	Deze heeft weinig resultaat												
5	2. Jeugd-ggz	Observatie in dagbehandeling													
6	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing in REC, cluster 4	Parallel aan dagbehandeling. N.B.: jongen baalt daarvan omdat hij hierdoor een jaar dreigt te verspelen												

BJZ, nr. 52

Meisje 17 jaar, alleen met moeder, vader buiten beeld

Toelichting: moeder heeft geen grip op meisje, loopt van huis in 2006 als 15 jarige

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2006				2007				2008			
				K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	
1			Geen voorgeschiedenis; meisje zat in het reguliere onderwijs												
2		Meisje loopt weg van huis en wordt ingepalmd door loverboy													
3	1. Provinciale jeugdzorg	Melding door moeder bij BJZ, die Raad inschakelt													
4	1. Provinciale jeugdzorg	Raad spreekt een VOTS uit													
5	1. Provinciale jeugdzorg	Plaatsing in crisisopvang													
6	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing REC, cluster 4	Plaatsing parallel aan crisisopvang												
7	1. Justitiële jeugdzorg	Doorplaatsing naar gesloten crisisopvang													
8	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing REC, cluster 4	Plaatsing parallel aan JJI												
9	1. Provinciale jeugdzorg	Plaatsing in gesloten jeugdzorg													
10	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing REC, cluster 4	Plaatsing parallel aan gesloten jeugdzorg												

BJZ, nr. 53

Meisje 16 jaar, alleen met moeder, geen vader in beeld

Toelichting: moeder en dochter zijn als vriendinnen; er worden geen grenzen door moeder gesteld

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2006			2007				2008			
				K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4
1			Problemen op reguliere school, langdurig verzuim van een half jaar											
2	1. Provinciale jeugdzorg	Moeder zoekt contact met BJZ	Zij wordt verwezen naar voorliggend veld											
3		Inzet AMW	AMW wordt opgestart, komt niet van de grond, terugmelding van AMW naar BJZ											
4	1. Provinciale jeugdzorg	BJZ doet melding naar Raad												
5	1. Provinciale jeugdzorg	Raad legt OTS op												
6	1. Provinciale jeugdzorg	Inzet families first	Wordt na twee sessies beëindigd door moeder											
7	1. Provinciale jeugdzorg	BJZ regelt een machtiging uithuisplaatsing												
8	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing op speciaal onderwijs, REC cluster 4												
9	1. Provinciale jeugdzorg	Meisje wordt ondergebracht bij een leefgroep zorgaanbieder												
10	1. Provinciale jeugdzorg	Start intensieve ambulante hulp gericht op terugkeer van kind bij moeder												
11		Terugkeer naar huis	Meisje is sinds november weer thuis ambulante hulp loopt door tot einde dit jaar											

BJZ, nr. 54**Meisje 15 jaar**

Toelichting: één jonger zusje en ouders sinds 2005 gescheiden, meisje is somber en boos op alles
Om het weekend logeren bij vader met jonger zusje. Geen voorgeschiedenis, zij zit in regulier onderwijs

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	2005	2006					2007				2008		
				K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	
1	1. Provinciale jeugdzorg	Moeder komt naar BJZ met opvoedingsproblemen.	BJZ oordeelt dat problematiek opgepakt moet worden door voorliggende voorziening	◆												
2		Opvoedingsondersteuning door Centrum voor Maatschappelijke Dienstverlening														
3	1. Provinciale jeugdzorg	Moeder komt wederom naar BJZ	Moeder weet zich geen raad met gedrag van meisje en staat (te) veel toe													
4	1. Provinciale jeugdzorg	Indicatie intensieve ambulante begeleiding	Dit om de hiërarchie tussen moeder en dochter te herstellen													
5	1. Provinciale jeugdzorg	Intensieve ambulante begeleiding	Traject intensief ambulant brengt weinig tot stand, meisje gaat ook steeds meer verzuimen													
6	1. Provinciale jeugdzorg	Casemanger BJZ doet melding bij Raad, omdat problemen verergeren en moeder grip verliest														
7	1. Provinciale jeugdzorg	Raad legt OTS op														
8	1. Provinciale jeugdzorg		Sinds de maatregel sterke verbetering. Intensieve ambulante loopt door en het meisje gaat weer naar school. Perspectief is dat de maatregel niet wordt verlengd.													

BJZ, nr. 55
Jongen nu 13 jaar
 Toelichting: aan hard drugs verslaafde ouders, geboren in ziekenhuis en langdurig verblijf vanaf geboorte

Nr.	Regeling	Omschrijving	Opmerkingen	Begindatum	Einddatum	Duur	2002				2003				2004				2005				2006				2007				2008			
							K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4
1		Geboren als verslavingsbaby		1-6-1995	1-6-1995	0d																												
2		Ziekenhuisopname	Om af te kicken	1-6-1995	1-12-1995	132d																												
3		Ziekenhuisopname	Als tweejarige langdurige opname in verband met chronische benauwdheid	2-6-1997	17-10-1997	100d																												
4		Verschuiven 'verblijfplaatsen'	Tot zijn 8e levensjaar een zwerftocht langs Blijf van mijn lijf huizen, grootouders, en crisisonvang met moeder	1-1-1998	1-1-2003	1305d	■																											
5	1. Provinciale jeugdzorg	School doet melding bij AMK		1-8-2002	1-8-2002	0d			◆																									
6	1. Provinciale jeugdzorg	AMK melding aan Raad	Vanwege ernstige zorgen over ontwikkeling van het jongetje (verblijft bij grootouders)	1-11-2002	1-11-2002	0d			◆																									
7	1. Provinciale jeugdzorg	Plaatsing in pleeggezin (vrijwillig kader)	Moeder en grootouders stemmen daarmee in	3-2-2003	1-1-2004	239d					■																							
8			Jongen gaat van regulier basisonderwijs naar special basisonderwijs	2-2-2004	2-2-2004	0d											◆																	
9	1. Provinciale jeugdzorg	Plaatsing in gezinshuis		2-2-2004	1-8-2007	913d					■																							
10	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing in speciaal onderwijs, cluster 4		1-9-2006	1-8-2007	239d													■															
11	1. Provinciale jeugdzorg	Gezinsouders stoppen ermee	N.B.: dit heeft geen relatie met de problematiek van de jongen	2-8-2007	2-8-2007	0d																							◆					
12	1. Provinciale jeugdzorg	Plaatsing in crisis observatiegroep	Persoonlijkheidsonderzoek brengt lvg problematiek aan het licht	2-8-2007	3-12-2007	88d																	■											
13	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing in speciaal onderwijs, cluster 4	Gekoppeld aan crisisonderwijs (en vervolgens aan residentieel verblijf)	1-8-2007	1-1-2009	372d																	■											
14	1. Provinciale jeugdzorg	Vanaf dec 2007 op wachtlijst voor residentieel verblijf jeugd lvg		4-12-2007	4-12-2007	0d																							◆					
15	1. Provinciale jeugdzorg	Plaatsing in residentiële jeugdzorg	Ter overbrugging van de wachttijd op plek in jeugd lvg	4-12-2007	2-1-2009	284d																	■											
16	3. Jeugd-lvg	Plaatsing in Jeugd-lvg		5-1-2009	5-1-2010	262d																								■				
17	6. Speciaal onderwijs	Plaatsing in speciaal onderwijs, cluster 4	Gekoppeld aan plaats in Jeugd lvg	2-1-2009	4-10-2010	457d																								■				