



Jeugdzorg in Europa

Lessen over strategieën en zorgsystemen
uit Engeland, Duitsland, Noorwegen en Zweden

Tijne Berg
Caroline Vink

November 2009

© 2009 Nederlands Jeugdinstituut

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op enige andere wijze zonder voorafgaande schriftelijke toestemming.

Auteurs

Tijne Berg
Caroline Vink

Deze publicatie is tot stand gekomen in opdracht van het programmaministerie voor Jeugd en Gezin.

De tekst is te downloaden van www.nji.nl

Nederlands Jeugdinstituut

Catharijnesingel 47
Postbus 19221
3501 DE Utrecht
Infolijn t (030) 230 65 64
e info@nji.nl
i www.nji.nl
mobi [m.nji.nl](tel:m.nji.nl)

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	5
1.1. Doel van de quickscan.....	5
1.2. Aanpak van de quickscan.....	5
1.3. Opzet van het rapport.....	6
2. Engeland.....	7
2.1. Dreigt de zorg te medicaliseren?	7
2.2. De structuur van de jeugdzorg.....	8
<i>Inleiding</i>	8
<i>Nationaal</i>	10
<i>Andere bestuurlijke niveaus</i>	11
2.3. Beleid en aanpak	13
<i>De toegang tot zorg</i>	13
<i>Het recht op zorg/ de plicht om zorg te verlenen</i>	14
<i>Relevante (actuele) onderwerpen</i>	14
2.4. De unieke benadering van Groot Brittannië: local safeguarding children boards.....	15
2.5. Samenvatting	16
3. Duitsland	17
3.1. Dreigt de zorg te medicaliseren?	17
3.2. De structuur van de jeugdzorg.....	18
<i>Inleiding</i>	18
<i>Nationaal</i>	18
<i>Andere bestuursniveaus</i>	19
3.3. Beleid en aanpak	20
<i>De toegang tot zorg</i>	20
<i>Het recht op zorg/ de plicht om zorg te verlenen</i>	20
<i>Relevante (actuele) onderwerpen</i>	22
3.4. De unieke aanpak van Duitsland: Jugendamt.....	23
3.5. Samenvatting	24
4. Noorwegen.....	25
4.1. Dreigt de zorg te medicaliseren?	25
4.2. De structuur van de jeugdzorg.....	25
<i>Inleiding</i>	25
<i>Nationaal</i>	26
<i>Andere bestuursniveaus</i>	28
4.3. Beleid en aanpak	31
<i>De toegang tot zorg</i>	31
<i>Het recht op zorg /de plicht om zorg te verlenen</i>	31
<i>Relevante (actuele) onderwerpen</i>	32
4.4. De unieke aanpak van Noorwegen: de Respons- en Consultatieteams van Bufetat	32
4.5. Samenvatting	33
5. Zweden.....	34
5.1. Dreigt de zorg te medicaliseren?	34
5.2. De structuur van de jeugdzorg.....	35

<i>Inleiding</i>	35
<i>Nationaal</i>	35
<i>Andere bestuursniveaus</i>	37
5.3. <i>Beleid en Aanpak</i>	38
<i>De toegang tot zorg</i>	38
<i>Het recht op zorg/de plicht om zorg te verlenen</i>	39
<i>Relevante (actuele) onderwerpen</i>	40
5.4. <i>De unieke aanpak van Zweden: de contactpersoon en het contactgezin</i>	41
5.5. <i>Samenvatting</i>	42
6. <i>De geestelijke gezondheidszorg en voorzieningen voor gehandicapte kinderen</i>	43
6.1. <i>Engeland</i>	43
<i>Geestelijke gezondheidszorg voor kinderen</i>	43
<i>Kinderen met een handicap</i>	44
6.2. <i>Duitsland</i>	44
<i>Geestelijke gezondheidszorg voor kinderen</i>	44
<i>Kinderen met een handicap</i>	45
6.2. <i>Noorwegen</i>	46
<i>Geestelijke gezondheidszorg voor kinderen</i>	46
<i>Kinderen met een handicap</i>	47
6.4. <i>Zweden</i>	48
<i>Geestelijke gezondheidszorg voor kinderen</i>	49
<i>Kinderen met een handicap</i>	50
6.5. <i>Conclusies</i>	52
7. <i>Mogelijke lessen uit het buitenlandse beleid en de systemen</i>	53
7.1. <i>Inleiding</i>	53
7.2. <i>Medicalisering</i>	53
7.3. <i>De structuur van de jeugdzorg</i>	54
7.4. <i>Overheidsverantwoordelijkheid</i>	54
7.5. <i>Beleid, aanpak en toegang tot zorg</i>	55
7.6. <i>Recht op zorg</i>	56
7.7. <i>Unieke aanpak</i>	57
7.8. <i>Tot slot</i>	58
8. <i>Literatuur</i>	59

1. Inleiding

1.1. Doel van de quickscan

Het Programmaministerie van Jeugd en Gezin in Nederland bereidt een kabinetsstandpunt voor over de toekomst van de jeugdzorg. Eén van haar grootste zorgen is dat steeds meer jongeren gespecialiseerde zorg en hulp nodig hebben. Om inhoudelijk bij te dragen aan de beleidsdiscussie wordt er gekeken naar ervaringen van andere landen met betrekking tot systematische en structurele veranderingen in de jeugdzorg. Ook is het relevant om te onderzoeken of in deze landen dezelfde problemen spelen in de jeugdzorg.

Het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) heeft daarom de opdracht gekregen om een overzicht te geven van een aantal relevante ontwikkelingen in de jeugdzorg in de landen om ons heen. Een kleine vijf jaar geleden werd een gelijksoortig onderzoek uitgevoerd door EIM, Onderzoek voor bedrijf en beleid, in opdracht van het Ministerie van VWS en het Ministerie van Financiën (juli 2005). Dit onderzoek betrof vijf landen: Groot-Brittannië, Duitsland, Nieuw-Zeeland, Zweden en Noorwegen.

1.2. Aanpak van de quickscan

Het onderzoek van EIM is het uitgangspunt voor de huidige quickscan over de structuur van de jeugdzorg. Het veld van de jeugdzorg is echter constant aan veranderingen onderhevig en er is veel gebeurd in de afgelopen vijf jaar. Daarom richt de huidige quickscan zich op de situaties in Engeland, Duitsland, Noorwegen en Zweden¹. Het doel van de quickscan is tweeledig:

1. Het actualiseren van jeugdzorgstructuren en het beschrijven van aanbodprocessen en modellen
2. Het identificeren van actuele thema's en aanbevelingen voor de Nederlandse beleidsdiscussie over de toekomst van de jeugdzorg

Verschillende bronnen, vooral (beleid)documenten van de nationale overheden van de landen en documenten over het jeugdbeleid en de instellingen en systemen in hun land, zijn geanalyseerd om een actueel landenprofiel te maken van de jeugdzorg in Engeland, Duitsland, Noorwegen en Zweden. Verder bevatten de landenprofielen unieke aanpakken met betrekking tot jeugdzorg. Elk profiel is voorgelegd aan deskundigen uit de respectievelijke landen om eventueel correcties of aanvullingen te geven. Deze feedback is meegenomen in het rapport. Dit rapport bevat verder een beschrijving van de toegang tot geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en zorg voor gehandicapte kinderen in de vier landen.

¹ Nieuw-Zeeland is niet meegenomen. Om praktische redenen en in verband met de beperkte tijd hebben we gekozen om alleen de Europese landen te bestuderen. Het is bovendien makkelijker om een directe uitwisseling te hebben met onze buurlanden.

1.3. Opzet van het rapport

De landenprofielen vormen de basis van het rapport en zijn in de volgende vier hoofdstukken te vinden. Aan de hand van de profielen worden de jeugdzorgstructuren, processen en aanbodmodellen in Engeland, Duitsland, Noorwegen en Zweden geschetst in hoofdstuk 2 tot en met 5. In overleg met het programmaministerie is in hoofdstuk 6 zoveel mogelijk informatie opgenomen over de zorg voor gehandicapte kinderen en geestelijke gezondheidszorg voor kinderen. In hoofdstuk 7 staan de gedestilleerde thema's en aanbevelingen uit Engeland, Duitsland, Noorwegen en Zweden voor het Nederlandse kabinetsstandpunt over de toekomst van de jeugdzorg.

2. Engeland

In 2008 had Engeland 51.4 miljoen inwoners (84% van de bevolking van Groot Brittannië). 11.7 miljoen daarvan waren kinderen tot 19 jaar (23%). In dit hoofdstuk bespreken we het jeugdzorgsysteem van Engeland. De systemen van Schotland, Noord Ierland en Wales hebben namelijk hun eigen wetten en beleid.

2.1. Dreigt de zorg te medicaliseren?

Kinderen in Engeland die deel uitmaken van het sociale zorgstelsel worden *'looked after children'*² genoemd. Deze term werd voor het eerst geïntroduceerd in de *Children Act* van 1989 ter vervanging van de te stigmatiserende term *'in care'*. Vanaf de introductie van het programma *Every Child Matters (ECM)* in 2004 is de jeugdhulpverlening in Engeland grondig onder de loep genomen. *ECM* werd geïntroduceerd om ervoor te zorgen dat kinderen niet meer buiten het jeugdzorgsysteem konden vallen en om meer nadruk te leggen op een preventief, universeel aanbod. In 2008 – zoals onderstaande cijfers aantonen – daalde het aantal kinderen dat onder toezicht bij de jeugdzorg stond inderdaad. De laatste tijd is het aantal kinderen dat in de jeugdzorg terechtkomt echter weer gestegen, vooral na de dood van baby Peter (die bekend was bij de kinderbescherming) en het onderzoek dat daarop volgde in het najaar van 2008. Het is nog afwachten of dit een tijdelijk 'baby Peter' effect is of dat de situatie blijvend veranderd is.

- Op 31 maart 2008 stonden er 59.500 kinderen onder toezicht van de jeugdzorg, 1 procent minder dan de 60.000 van het jaar ervoor en een daling van 3 procent vergeleken met 2004 (61.200).
- 23.000 kinderen kwamen in het jaar voorafgaand aan 31 maart 2008 in het systeem terecht, een daling van 4 procent ten opzichte van het jaar ervoor (24.000) en een daling van 8 procent ten opzichte van de 25.000 in 2003-4.
- 24.100 kinderen konden in het jaar voorafgaand aan 31 maart 2008 zonder toezicht van de jeugdzorg verder, een daling van 3 procent ten opzichte van de 25.000 in het jaar ervoor en een daling van 6 procent ten opzichte van 2003-04 (25.700).

² De term *'looked after children' (LAC)* duidt op kinderen die onder toezicht van een zorginstelling vallen, die in een pleeggezin zijn geplaatst, in een tehuis of bij ouders of andere familieleden. *Looked after children* vallen onder bepaalde reguleringen, bijvoorbeeld een zorgwet als de *Children Act 1989, section 31*, een tijdelijke zorgwet (*Children Act 1989, section 38*), of beschermende maatregelen voor noodgevallen (*Children Act 1989, section 44*) waarbij de lokale autoriteiten de verantwoordelijkheid voor het kind op zich nemen.

2.2. De structuur van de jeugdzorg

Inleiding

Every Child matters

In 2003 publiceerde de overheid een wetsvoorstel getiteld *Every Child Matters*. Dit werd gepresenteerd naast de formele reactie op het rapport over het overlijden van Victoria Climbié, een achtjarig meisje dat op gruwelijke wijze mishandeld, gemarteld en uiteindelijk vermoord werd door haar oudtante en de man waar ze bij woonde. Het wetsvoorstel was gebaseerd op bestaande plannen voor de uitbreiding en verbetering van de preventieve hulpverlening door vier hoofdthema's als leidraad te nemen:

1. Meer nadruk op het ondersteunen van gezinnen en ouders/verzorgers – de belangrijkste invloeden in het leven van kinderen.
2. Zorgen dat er ingegrepen wordt voordat de situatie voor het kind kritiek wordt en voorkomen dat kinderen buiten het systeem vallen.
3. De onderliggende problematiek die blootgelegd werd in het rapport over het overlijden van Victoria Climbié aanpakken: onduidelijkheid over verantwoordelijkheden en slechte samenwerking.
4. Waarborgen dat mensen die met kinderen werken gewaardeerd, beloond en goed opgeleid worden.

Het wetsvoorstel leidde tot een debat over de zorg voor kinderen, jeugd en gezinnen. Er werd een groot onderzoek gedaan naar de bestaande instellingen waarbij professionals uit het veld, ouders, kinderen en jongeren betrokken waren. De volgende stap was het aannemen van de *Children Act 2004*, waarin de wetgeving voor het ontwikkelen van meer effectieve en beter toegankelijke hulpverlening voor kinderen, jeugd en gezinnen omschreven staat. Deze wet vormt de juridische basis voor een herziening van het totale jeugdzorgsysteem. De wet beschrijft nieuwe voorschriften voor alle aanbieders die zich op kinderen richten en geeft duidelijkheid over waar *verantwoordelijkheden liggen*.

Every child matters: Change for children werd in november 2004 gepubliceerd door de overheid met als doel te komen tot een lokaal en nationaal systeem waarin:

- Alle verantwoordelijkheden met betrekking tot hulpverlening voor kinderen, jeugd en gezinnen voor alle partijen helder zijn
- De belangrijkste aanbieders voor kinderen, vooral onderwijs, maatschappelijke zorg, gezondheidszorg, jeugdrechtsvoorzieningen en gezinszorg, geïntegreerd zijn voor optimale effectiviteit.

Volgens de nationale overheid zouden overheidsinstanties en vrijwilligersorganisaties, de overheid zelf en de lokale overheden en andere openbare en particuliere instellingen de mogelijkheid moeten krijgen om samen te werken vanuit hun verschillende achtergronden en verantwoordelijkheden om de levens van alle kinderen en jongeren te verbeteren.

Het *Every Child Matters Framework* is gebaseerd op de vijf punten die door kinderen en jongeren zelf werden geformuleerd tijdens gesprekken over de belangrijkste opvoedingsdoelen voor welzijn in de kinderjaren en later in het leven. Deze vijf punten werden vervolgens bekeken en besproken aan de hand van de bestaande juridische, vrijwillige en maatschappelijke sectoren. De 5 doelen zijn:

1. **Gezond zijn** in de zin van fysiek, mentaal, emotioneel en seksueel gezond, een gezonde levensstijl en geen drugsgebruik.
2. **Veilig zijn** voor mishandeling, verwaarlozing, geweld, seksuele uitbuiting, verwondingen en overlijden door ongevallen, pesten en discriminatie, criminaliteit en antisociaal gedrag binnen en buiten de school, zekerheid en stabiliteit kennen en zorg en liefde ontvangen.
3. **Plezier hebben en iets bereiken** in de zin dat kinderen en jongeren klaar zijn om naar school te gaan, met plezier naar school gaan, voldoen aan de kerndoelen in het basisonderwijs en vervolgonderwijs, persoonlijke en maatschappelijke ontwikkelingen doormaken en genieten van hun vrije tijd.
4. **Een positieve bijdrage leveren** in de zin dat kinderen en jongeren betrokken zijn bij het nemen van beslissingen, hun omgeving en de mensen om zich heen ondersteunen, legaal en positief gedrag vertonen binnen en buiten de school, positieve relaties ontwikkelen, bewust kiezen om niet te pesten en discrimineren, zelfvertrouwen ontwikkelen en om kunnen gaan met belangrijke veranderingen en uitdagingen in het leven en ondernemend gedrag ontwikkelen.
5. **Economisch welzijn bereiken** in de zin dat kinderen en jongeren verder leren, gaan werken of een praktische opleiding gaan volgen, een baan kunnen krijgen, een acceptabele woning kunnen krijgen in een duurzame gemeenschap, vervoersmogelijkheden hebben en materieel niet te kort komen, en niet van een minimum inkomen hoeven rond te komen.

Every Child Matters is het startsein geweest voor een aantal activiteiten gericht op de praktijk van *safeguarding* (dwz beschermen) van kinderen, de professionele zorg voor kinderen en gezinsondersteunende praktijken. Allereerst lag de nadruk op het signaleren, verwijzen en monitoren van kinderen in risicogroepen en het bieden van algemene en specialistische hulpverlening aan deze kinderen. Daaropvolgende ontwikkelingen hebben echter geleid tot een verandering van het hele systeem en een radicale hervorming van de hulpverlening aan kinderen en gezinnen. Ook in latere fasen van het *Every Child Matters* programma is de nadruk verschoven van het individuele kind dat risico's loopt naar (ondersteuning van) het hele gezin (*Think Families!*).

In *Every Child Matters* is de regie in handen van de lokale overheid. Zij is verantwoordelijk dat de geformuleerde doelen zoveel mogelijk behaald worden. Zij zal daarvoor een plaatselijke analyse van de belangrijkste lokale behoeftes moeten maken en ondersteund moeten worden door een meer geïntegreerde *frontline delivery*, dus beter samenwerkende voorzieningen, beter geïntegreerde werkprocessen, strategieën en aansturing.

Het hervormingsprogramma, het *Children's Trust in action*, wordt verduidelijkt met een uidiagram:



Het model draait om het middelpunt: het verbeteren van resultaten voor kinderen en jongeren, die voornamelijk geleverd worden door de zogenaamde eerstelijnsvoorzieningen (*integrated frontline delivery*). Dit zijn universele voorzieningen voor alle kinderen en hun ouders. Over het algemeen zijn dit centra voor jeugd en gezin (0-6 jaar), brede scholen (6-18 jaar) en het jongerenwerk (12-18 jaar). Dit zijn voorzieningen die zich in principe richten op kinderen maar ook diensten leveren aan ouders, zoals opvoedingsadvies en ondersteuning (ook m.b.t. het vinden van werk).

Al het personeel in de voorzieningen voor kinderen en hun ouders werkt met geïntegreerde processen. Dat houdt in dat er teams zijn gevormd met deelnemers uit verschillende instellingen en dat er overkoepelende, standaard instrumenten zijn ontwikkeld, waarvan de *Common Assessment Framework (CAF)* en het *ContactPoint* (voor het uitwisselen van informatie) de belangrijkste zijn.

Alle lokale overheden moeten een 3-jarig beleidsplan overleggen, een *Children and Young People's Plan (CYPP)*. In deze geïntegreerde strategie staan de lokale behoeftes van kinderen en jongeren. In het plan staan verder de prioriteiten en het beleid voor alle partners die betrokken zijn bij aanbod voor kinderen en jongeren. Kinderen, jongeren en hun ouders worden actief betrokken bij het opstellen van het *CYPP*. Ook op bestuurlijk niveau zijn er samenwerkingsverbanden gecreëerd om betere resultaten te behalen voor kinderen. In de volgende paragrafen worden deze verbanden op nationaal en lokaal niveau besproken.

Nationaal

Op nationaal niveau werd in juni 2007 het *Department for Children, Schools and Families (DCSF)* opgericht. *DCSF* is verantwoordelijk voor alle zaken die kinderen en jongeren tot en met 19 jaar aangaan waaronder kinderscherming en onderwijs, en stuurt het *Every Child Matters* programma aan. *DCSF* is tevens verantwoordelijk voor het juridische raamwerk rond *Every Child Matters*. *DCSF* verschaft juridische richtlijnen aan lokale overheden (die zij moeten opvolgen) en niet-juridische richtlijnen (die aanbevolen worden door de *DCSF*).

Children's Plan

Kort na haar oprichting publiceerde DCSF het *Children's Plan: Building brighter futures*. Het *Children's Plan* beschrijft het doel van DCSF om de levens van kinderen en jongeren te verbeteren. Het *Children's Plan* zet de principes uiteen en is gebaseerd op strategische doelen, zoals het bewaken van de gezondheid en het welzijn van kinderen en jongeren en het bereiken van een hoge standaard. Aan DCSF werd gevraagd waarom het *Children's Plan* werd opgesteld op basis van een aantal nieuw geformuleerde strategische doelen in plaats van de vijf ECM doelstellingen. Als reactie op deze vraag heeft DCSF in een meer samenhangend plan verbanden aangegeven tussen de verschillende doelen en uitkomsten. Het Departement publiceert verder elk jaar een evaluatie van het *Children's Plan*.

Juridische aspecten

Het juridische raamwerk voor *Every Child Matters* staat beschreven in de *Children Act 2004*. Deze wet vormt de juridische basis voor de hervorming van de jeugdvoorzieningen en de taken van de lokale overheden met betrekking tot *Every Child Matters*. De vijf opvoeddoelen zijn daarin de pijlers voor alle voorzieningen voor kinderen en jongeren. Hierin staan de verantwoordelijkheden en verplichte voorzieningen voor lokale overheden, zoals de plicht om samen te werken met andere instellingen en het opzetten van een *children's trust*, de plicht om informatie uit te wisselen, de plicht om een directeur voor de *children's services* aan te wijzen en de eis om een *Children and Young People's Plan* op te stellen.

De *Children Act 2004* is een amendement van de *Children Act 1989*. In deze wet werden reeds verschillende wetten samengevoegd in één *Children Act* die de basis vormde voor de systemen van de kinderbescherming, gezinsondersteuning en andere voorzieningen voor kinderen in Engeland.

Andere bestuurlijke niveaus

Every Child Matters is een nationaal kader voor lokale veranderingen. De doelen van de ECM strategie én de *Children Act 2004* waren het veranderen en verbeteren van voorzieningen op lokaal niveau. Na de invoering van ECM verenigden alle aanbieders van voorzieningen voor kinderen en jongeren (zoals onderwijs, maatschappelijk werk) zich op lokaal bestuurlijk niveau in de lokale *Children's Services*. Een bestuurslid uit het lokaal bestuur (het leidend orgaan van de lokale overheid) is aangewezen als zogenaamd aanvoerend lid voor kinderen. Deze persoon is politiek verantwoordelijk op lokaal niveau. Engeland telt 150 lokale overheden.

Zoals in veel landen gebruikelijk is worden in Engeland de meeste voorzieningen voor kinderen en jongeren uitgevoerd door erkende (overheids)organisaties. Steeds meer is het gebruikelijk dat deze organisaties samenwerken met vrijwilligersorganisaties en fondsen.

Children's trusts

In navolging van de *Children Act 2004* en de ECM richtlijnen en gehoor gevend aan hun plicht om samen te werken, richtten alle lokale overheden '*children trust arrangements*' op, waarbij de vijf doelstellingen voor alle kinderen en jongeren centraal stonden. Het doel van deze *children's trusts* is om het welzijn van en resultaten voor alle kinderen te verbeteren.

Een *children's trust* is een lokaal samenwerkingsverband onder toezicht van de lokale overheid dat de belangrijkste lokale organisaties verenigt. Sommige verbanden ontstaan op verplichte basis, andere vrijwillig. Het concept van de *children's trust* past bij het Engelse systeem van *Local Strategic Partnership*, dat openbare, particuliere, maatschappelijke en vrijwillige sectoren samenbrengt om effectiever samen te werken om meer te kunnen betekenen voor de lokale bevolking.

De *children's trust* is verantwoordelijk voor het opzetten van samenwerkingsverbanden tussen alle organisaties die op lokaal niveau diensten leveren aan kinderen en jongeren. Verplichte partners zijn op dit moment de politie, jeugdreclassering, samengestelde jongerenteams, de lokale gezondheidsraden en de *primary care trusts* (die gericht zijn op gezondheid). De centrale overheid is van plan deze lijst uit te breiden met organisaties als woningbouwverenigingen, hoger onderwijsinstellingen en arbeidsbureaus.

De meeste *children's trusts* vallen al onder het bestuur van een *Children's Trust Board*. De centrale overheid werkt aan een juridische basis voor deze besturen om continuïteit te waarborgen. Het bestuur is verantwoordelijk voor 5 essentiële doelstellingen van de *children's trusts*:

1. Het ontwikkelen van een visie op kind en gezin ten behoeve van alle kinderen en gezinnen in hun omgeving door middel van een *Children and Young People's Plan (CYPP)*
2. Werken aan een gezamenlijke aansturing vanuit verschillende organisaties
3. Het ontwikkelen van een geïntegreerde strategie: gezamenlijk plannen, aanbesteden, samenwerken en begrotingen afstemmen
4. Het bevorderen van geïntegreerde processen en een gezamenlijke taal
5. Het ontwikkelen van de integratie van eerstelijns voorzieningen rondom het kind in plaats van rondom professionele of geïnstitutionaliseerde beperkingen. De visie van de centrale overheid op *children's trusts*:

“The children's trust should be at the centre of the cultural shift which unites all people working with children and young people around a common purpose, language and identity, while keeping the strong and distinctive professional ethos of different practitioners. It should enhance inter-professional trust and greater willingness to work outside traditional service areas and shared information.”

Director of children's services

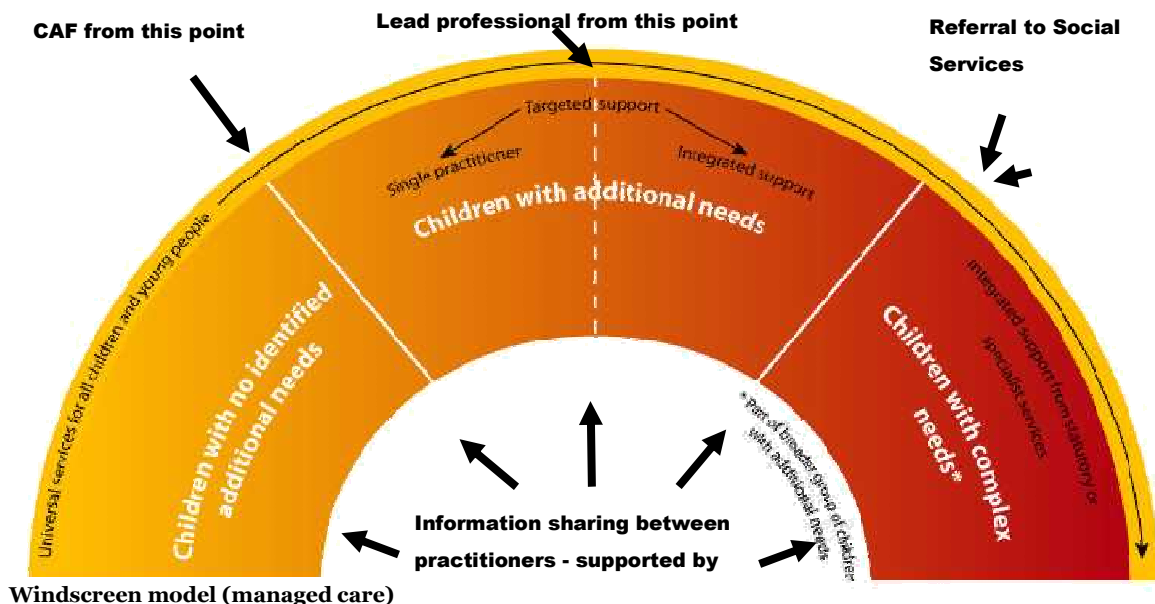
De *Children Act 2004* verplicht alle lokale overheden om een *director of children's services (DCS)* aan te wijzen. De *DCS* is professioneel verantwoordelijk voor de levering van *children's services* van de lokale overheid. Dit zijn onderwijs, maatschappelijke diensten, opvoedingsondersteunende diensten, jeugdzorg en centra voor jeugd en gezin, inclusief alle geïntegreerde werkprocessen en het delen van informatie. De *DCS*, samen met een *lead member* (verantwoordelijke) van het gemeentebestuur, is tevens voorzitter van de *children's trust*. Momenteel is de *DCS* ook voorzitter van de *Local Safeguarding Board* (zie paragraaf 2.4) maar dit kan in de toekomst veranderen.

2.3. Beleid en aanpak

De toegang tot zorg

In Engeland kan een individu vrijwillig of verplicht in de jeugdzorg terecht komen. Met de invoering van *ECM* is de nadruk verschoven naar de vrijwillige weg, met extra aandacht voor het zo snel mogelijk tegemoet komen aan speciale behoeftes. Hiertoe maken de meeste *children's services* gebruik van het zogenaamde 'windscreen model', ook wel een *managed care* model genoemd. Alle voorzieningen voor kinderen en hun ouders passen er in.

Het idee achter het model is dat alle kinderen en hun ouders bekend zijn bij de universele voorzieningen van elke lokale overheid, zoals de centra voor jeugd en gezin, brede scholen en het jongerenwerk. Via deze universele voorzieningen kunnen zij worden begeleid en doorverwezen naar meer gespecialiseerde zorg. Zo ontstaat een continuüm van ondersteuning voor kinderen, jongeren en hun gezinnen.



Als een medewerker (bijvoorbeeld in een centrum voor jeugd en gezin of op school) merkt dat een kind extra zorg nodig heeft, moet een *Common Assessment Form (CAF)* worden ingevuld. Door middel van dit instrument wordt een eerste analyse gemaakt van de specifieke extra zorg die het kind of het gezin nodig heeft, zoals huisvesting of een specialistische gezondheidszorg– nog voordat er doorverwezen wordt naar een intensievere vorm van zorg.

Voor de kindbescherming – de juridische weg- geldt dat kinderen in het jeugdzorgsysteem kunnen komen door een doorverwijzing van een zorginstelling, een vrijwillige aanvraag voor uithuisplaatsing of in opdracht van de politie of jeugdreclassering.

Engeland en de rest van Groot Brittannië kennen geen meldingsplicht voor beroepskrachten die met kinderen werken. De meeste organisaties hebben echter interne procedures om te volgen bij twijfels over het welzijn van een kind. *DCSF*³ heeft ook richtlijnen gepubliceerd.

Het recht op zorg/ de plicht om zorg te verlenen

In Engeland ligt de nadruk meer op de plicht van de lokale overheid om (jeugd)zorg te verlenen aan kinderen dan op het recht van ieder kind op (jeugd)zorg. De plicht om (jeugd)zorg te verlenen is juridisch vastgelegd in de *Children Act*. Deze wet omschrijft de voorzieningen en structuren die de lokale overheid moet kunnen aanbieden voor vrijwillige en opgelegde zorg.

Als een kind in geval van misbruik verplicht doorverwezen wordt naar de kinderbescherming, komt het team kinderbescherming in de regio binnen 24 uur in actie. De lokale overheid is wettelijk verplicht alle vermoedens over alle kinderen die fysiek in hun regio aanwezig zijn te onderzoeken, ook als dit kind eigenlijk inwoner is van een andere regio. Als geconstateerd wordt dat een kind daadwerkelijk risico loopt moet er binnen 7 dagen verder onderzoek worden gedaan (tenzij er sprake is van een noodsituatie, dan kunnen er beschermende maatregelen genomen worden waarbij het kind eventueel 8 dagen uit huis kan worden geplaatst).

Als het kind na de onderzoeksperiode nog steeds professionele zorg nodig heeft, wordt het officieel een *child in need*. In dat geval heeft de lokale overheid de plicht om alle mogelijke zorg te verlenen die nodig is om het welzijn van het kind te waarborgen en verbeteren.

Als hiermee het kind op dit moment in zijn of haar leven genoeg geholpen is, wordt de zaak gesloten. Als er sprake is van *significant harm* (zoals wettelijk omschreven) zal er een *child protection conference* (met maatschappelijk werkers en eventueel politie of ziekenhuispersoneel) plaatsvinden en kan worden besloten om het kind op te nemen in het *child protection register*. Dat houdt in dat er een beschermingsplan wordt opgesteld. In de *child protection conference* kan worden besloten dat er verdere zorg nodig is. Dan wordt een *care order* (ondertoezichtstelling) van kracht. Als kinderen onder een *care order* vallen staan ze onder toezicht (*looked after*) van de lokale overheid. Gebleken is dat het grootste deel van de kinderen met een *care order* in een pleeggezin of tehuis worden geplaatst. In sommige gevallen blijft het kind thuis wonen en worden ter plekke interventies uitgevoerd.

Relevante (actuele) onderwerpen

In de afgelopen jaren is er in Nederland veel aandacht geweest voor de discussie in Engeland over de jeugdzorg. Vooral het programma *Every Child Matters* trok veel belangstelling door de manier waarop het programma richting en visie geeft aan voorzieningen voor kinderen, en vooral aan de beroepskrachten. Een hiermee samenhangend onderwerp is de hervorming van de jeugdsector. Bijzonder inspirerend voor het professionaliseringsdebat over de jeugdzorg in Nederland is de *Children's Workforce Strategy 2020*. Dit is een tienjarig actieplan professionalisering voor de hele jeugdsector.

³ Working Together to Safeguard Children: a Guide to inter-agency working to safeguard and promote the welfare of Children, DCSF 2006 – statutory guidance, What to do if you're worried a child is being abused, DSCF 2006 – non-statutory guidance

2.4. De unieke benadering van Groot Brittannië: local safeguarding children boards

Eén van de vijf uit het ECM naar voren gekomen doelstellingen is: ‘Veilig zijn’. Dit duidt op een breder begrip van de bescherming van kinderen; het gaat ook over veilige straten en een vermindering van verkeersongelukken. Het implementeren van een strategie om de veiligheid van kinderen te waarborgen is een taak van de *Local Safeguarding Children Boards (LSCB)*. In de *Children Act 2004* wordt een dergelijk orgaan verplicht gesteld voor elke lokale overheid. De *LSCB* wordt door de lokale overheid samengesteld uit verschillende organisaties en maakt afspraken over de samenwerking tussen verschillende voorzieningen en beroepskrachten om de veiligheid van kinderen te waarborgen. Daarnaast controleert dit forum of gemaakte afspraken effectief resultaten voor kinderen verbeteren.

Veiligheid betekent dat kinderen:

- Beschermd worden tegen onheil
- Begeleid worden in hun gezondheid en ontwikkeling
- Opgroeien in een veilige omgeving

Veiligheid is weten wanneer een kind risico loopt of hulp nodig heeft bij problemen zodat ze geen slachtoffer worden van:

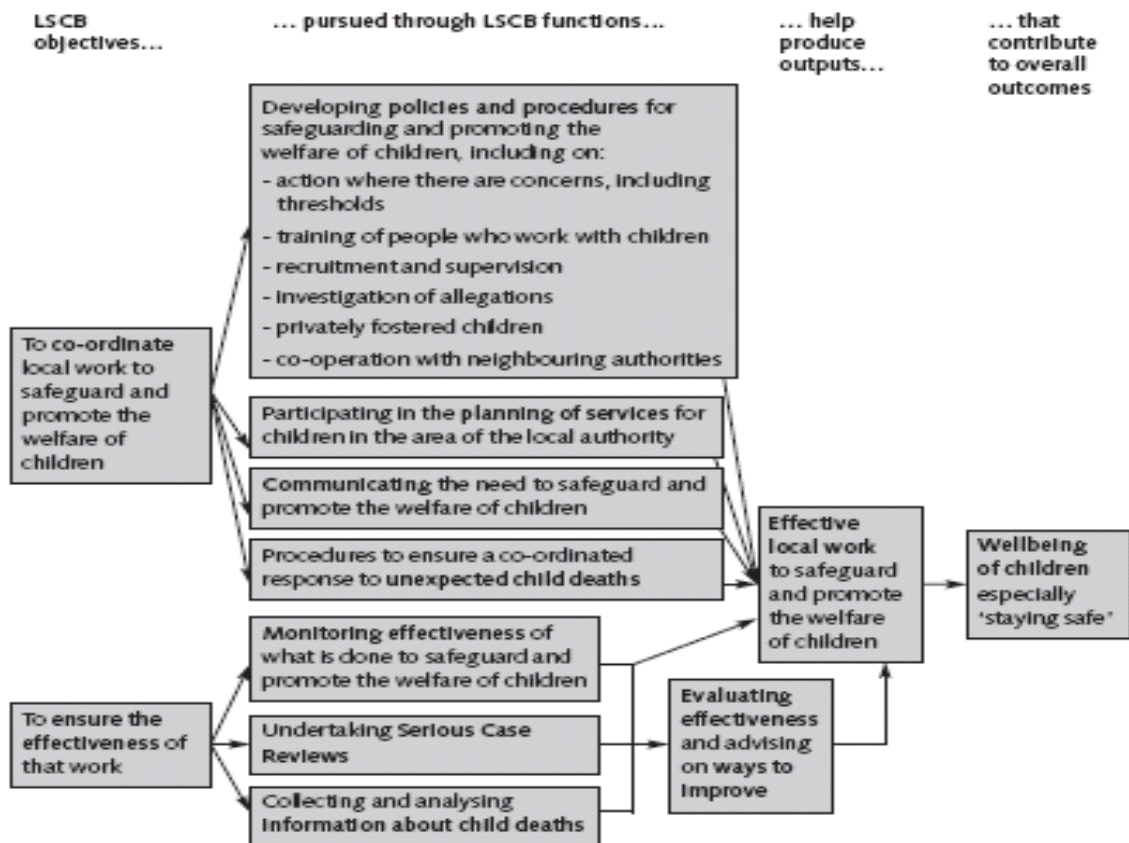
- Verwondingen of overlijden
- Pesten en aanranding
- Criminaliteit en antisociaal gedrag
- Verwaarlozing, mishandeling of huiselijk geweld

De *LSCB* ontwikkelt normen en richtlijnen voor lokale veiligheidsmaatregelen. De *LSCB* is verantwoordelijk voor het aanbieden van algemene trainingen over de veiligheid van kinderen aan alle beroepskrachten die met kinderen werken en de samenwerkende partijen, en, meer specifiek, over kinderbescherming. De *LSCB* ook verantwoordelijk voor het screenen en beoordelen van problemen met/bij medewerkers van voorzieningen voor kinderen. Als een kind overlijdt of ernstige schade lijdt en er een vermoeden is van mishandeling of verwaarlozing, is de *LSCB* verplicht om een *serious case review* uit te voeren om er achter te komen wat er mis is gegaan, ervan te leren, en te werken aan een betere samenwerking tussen verschillende partijen. De uitkomsten van dit onderzoek zijn openbaar.

In de *Children Act 2004* is een lijst van organisaties opgenomen die vertegenwoordigd moeten zijn in de *LSCB* (naast het lidmaatschap van de *Children's Trusts*), maar in veel van de *LSCB's* zitten ook vrijwilligersorganisaties en fondsen die zich inzetten voor de veiligheid van kinderen.

Momenteel is de Director of Children's Services (*DCS*) ook voorzitter van de *LSCB's*. Uit een evaluatie van de *LSCB's* is echter gebleken dat het, om belangenverstremgeling te voorkomen en onafhankelijk onderzoek te waarborgen, waarschijnlijk beter is om onafhankelijke voorzitters te benoemen voor de *LSCB's*.

Figure 1: LSCB objectives and functions



2.5. Samenvatting

- Het Engelse model laat een zorgcontinuüm zien waarin algemene voorzieningen worden aangeboden op 'ontmoetingsplaatsen' voor kinderen, jongeren en hun ouders. *Every Child Matters* is de kapstok waaraan alle voorzieningen die zich richten op een gemeenschappelijke taal en een geïntegreerd werkproces worden opgehangen. Door dit systeem van algemene voorzieningen kunnen kinderen en ouders doorverwezen worden naar meer specialistische zorg. Alle voorzieningen voor risicokinderen en jongeren maken deel uit van de *children's services*.
- *Every Child Matters* en de *children's services* zijn opgezet volgens de *Children Act 1989* en *2004*. In deze wet staan de taken en voorzieningen van zowel de centrale overheid als de lokale overheden beschreven.
- Een interessant, uniek gegeven in Engeland is de *Local Safeguarding Board* die in elke gemeente verplicht is. Dit samengestelde forum is verantwoordelijk voor de veiligheid van kinderen op lokaal niveau.
- Zowel het 'vrijwillige' als het 'opgelegde' zorgtraject voor gezinnen, kinderen en jongeren in de risicogroep zijn de verantwoordelijkheid van de *children's service* van de lokale overheid. Er is ook een geïntegreerde aanpak voor de *children's service* en de voorzieningen voor kinderen met een handicap en de jeugd GGZ.

3. Duitsland

In 2007 had Duitsland een bevolking van 82.2 miljoen. Ongeveer 19% hiervan was onder de 20 jaar oud.

3.1. Dreigt de zorg te medicaliseren?

De term medicalisering wordt in Duitsland niet gebruikt, maar gegevens over de periode 2005-2008 laten zien dat bepaalde interventies gericht op de bescherming van kinderen geleidelijk vaker uitgevoerd werden.

Om te beginnen groeide het aantal *Inobhutnahmen* (onder toezichtstellingen) van de *Jugendämter* met 26%. Terwijl er in 2005 naar schatting 25.400 kinderen onder toezicht werden gesteld, waren het er in 2008 rond de 32.300. En niet alleen het aantal kinderen dat onder toezicht is gesteld is gegroeid, maar ook het aandeel van kinderen onder de acht jaar van het totaal aantal kinderen onder toezicht. Dit verdubbelde van 5% in 2000 naar 10% in 2008. De groep van drie tot acht jarigen groeide in die periode van 9% tot 14%. Volgens de *Statisches Bundesamt Deutschland* die deze cijfers publiceerde, blijkt hieruit dat voorzieningen voor kinderen en jongeren meer aandacht hebben gekregen voor de bescherming van het jongere kind. Over het algemeen is een ondertoezichtstelling bedoeld om het kind direct te beschermen. Ze worden ofwel op eigen verzoek of op initiatief van derden onder toezicht geplaatst, zoals de *Jugendämter*, of op last van politie als er vermoedens zijn dat het welzijn van het kind in het geding is. De kinderen of jongeren worden meestal voor een korte periode in een instelling of tehuis geplaatst, variërend van een paar uur tot enkele dagen.

Ten tweede is in die periode ook het aantal gedeeltelijke of volledige *Sorgerechtsentzüge* (ontzetting uit het ouderlijk gezag) door de Duitse rechtbank – omdat er geen andere manier was om het welzijn van het kind te kunnen waarborgen - met bijna 40% gegroeid. Het aantal gevallen groeide van ca. 8.700 in 2005 naar ca. 12.250 in 2008.

Volgens een deskundige van het *Deutsches Jugend Institut* kan de groeiende inzet van deze interventies niet beschreven worden als een medicalisering van de zorg, omdat er geen verband is met het medische systeem. De groei is waarschijnlijk een gevolg van de proactieve en meer preventieve manier van werken van *Jugendämter* onder het motto ‘beter te veel ingrijpen dan te weinig.’

3.2. De structuur van de jeugdzorg

Inleiding

In Duitsland bestaat de term ‘jeugdzorg’ niet. Daar spreken ze van *Jugendhilfe*, waaronder zowel het jeugdwerk als het jeugdwelzijnswerk vallen. Nog specifiekier ondersteunt *Kinder- und Jugendhilfe* kinderen en jongeren in hun ontwikkeling en kunnen jongvolwassenen er terecht voor hulp bij specifieke gecompliceerde problemen. Verder adviseert en ondersteunt *Kinder- und Jugendhilfe* ouders en verzorgers bij het opvoeden van kinderen. *Kinder- und Jugendhilfe* speelt bovendien een rol in de procedures rondom voogdij of familierecht. Eén van de doelen van *Kinder- und Jugendhilfe* is het beschermen van kinderen en adolescenten voor mogelijke gevaren. Hiertoe worden er zowel preventieve activiteiten uitgevoerd door voorlichting te geven over mogelijke bedreigingen voor het welzijn van kinderen als door interventies te bieden als een incident al is voorgevallen. De vorige regeerperiode in Duitsland stond in het teken van een groeiend maatschappelijk en politiek besef van het belang van de bescherming van het kind (hierover meer in paragraaf 3.3), deels omdat de overheid werd geconfronteerd met een aantal ernstige gevallen van verwaarlozing van kinderen. De Duitse overheid nam toen, tegelijk met verschillende andere organisaties, een aantal maatregelen om de bescherming van kinderen in de toekomst meer preventief aan te pakken.

Nationaal

In Duitsland hebben verschillende ministeries te maken met onderwerpen die relevant kunnen zijn voor kinderen en jongeren of met de ondersteuning van kinderen en jongeren. Dit zijn bijvoorbeeld het Ministerie voor Arbeid en Sociale zaken, het Ministerie van Gezondheid, het Ministerie van Opleiding en Onderzoek en het Ministerie van Justitie. Op nationaal niveau is het *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* (Ministerie van Familie, Senioren, Vrouwenzaken en Jeugd) verantwoordelijk voor de centrale programma’s uit het jeugdbeleid van de Duitse overheid en voor de interactie van het jeugdbeleid met andere beleidsgebieden. Verdere activiteiten van dit Ministerie zijn:

- Het ondersteunen en financieren van nationale en regionale vrijwilligersorganisaties in de jeugdwelzijnssector met aandacht voor hun diversiteit qua waarden, inhoud, methodes en werkprocessen.
- Het opstellen en bekend maken van een *Kinder und Jugend Plan (KJP)*; landelijk Kinder en Jeugdplan) dat een belangrijk instrument vormt voor de ondersteuning van kinderen en jongeren.
- Het gebruikt bevindingen van evaluaties en resultaten van voorbeeldprojecten voor de verdere ontwikkeling van voorzieningen voor kinderen en jongeren en huurt onafhankelijke deskundigen in om onderzoek te doen naar de positie van jongeren in Duitsland. Een voorbeeld hiervan is het *Kinder- und Jugendbericht* dat elke vier jaar verschijnt.
- Hoofdverantwoordelijke zijn voor bestaande nationale regelgeving, zoals het *Sozialgesetzbuch Achten Buch, Kinder und Jugendhilfe (SGB VIII)*; Sociale Code, Boek VIII – voorzieningen voor Kinderen en Jongeren).

Onder het kopje *het recht op zorg/ de plicht om zorg te verlenen* wordt deze wet uitgebreid besproken, omdat hierin de taken van de verschillende voorzieningen voor kinderen en jongeren beschreven staan.

Andere bestuursniveaus

De Länder

De Bondsrepubliek Duitsland is een federatie van 16 deelstaten, in het Duits *Länder* geheten, die allemaal een eigen staat vormen. De *Länder* zijn verantwoordelijk voor hun eigen bestuur en voor de uitvoering van de meeste nationale wetten en regelgeving. Op het gebied van voorzieningen voor kinderen en jongeren zijn alle *Länder* verplicht om een *Landesjugendamt* op te richten dat:

- De lokale voorzieningen voor kinderen en jongeren ondersteunt door middel van advies en (bij)scholing;
- Financiële ondersteuning biedt aan organen en organisaties die verantwoordelijk zijn voor voorzieningen voor kinderen en jongeren met het doel het aanbod verder te ontwikkelen en gelijk te verdelen;
- Betrokken is bij het beschermen van kinderen en jongeren in instellingen.

De Gemeinden, Kreisen und Städte

Het *SGB VIII* laat de verantwoordelijkheid voor voorzieningen voor kinderen en jongeren voor het grootste deel over aan administratieve regio's en gemeenten. Volgens dezelfde wet geldt dat "*die Träger der öffentlichen Jugendhilfe werden durch Landesrecht bestimmt*" (aanbieders van reguliere voorzieningen voor de jeugd vallen onder de wetgeving van de verschillende staten). Door deze recente aanpassing van de wet is het voor alle *Gemeinden, Kreisen und Städte* op gemeentelijk/regionaal niveau niet langer verplicht om een *Jugendamt* op te richten. Theoretisch gezien zouden meerdere regio's samen kunnen doen met één *Jugendamt*. In de praktijk is dit echter nog niet voorgekomen.

Het *Jugendamt* bestaat uit twee delen:

1. De *Verwaltung*; het bestuur dat de besluiten en wetten uitvoert
2. De *Jugendhilfeausschuss* (Jeugdhulpcommissie) die in principe verantwoordelijk is voor het lokale management van de voorzieningen voor kinderen en jongeren. Deze commissie bestaat uit vertegenwoordigers van de jeugdwelzijnsorganisaties, verenigingen, geloofsgemeenten en het lokaal bestuur. De commissie houdt zich bezig met alle facetten van het jeugdwelzijnswerk en in het bijzonder met:
 - De planning van jeugdzorg
 - Het oprichten van *freie Jugendhilfe* (private/ vrijwillige voorzieningen voor jongeren)
 - Aanbevelingen en voorstellen voor de verdere ontwikkeling van *Jugendhilfe*

3.3. Beleid en aanpak

De toegang tot zorg

Ouders en adolescenten kunnen voor kortdurende ondersteuning direct contact opnemen met aanbieders van *Beratung* (therapie). Ambulante en residentiële hulp zijn echter alleen beschikbaar na een vooronderzoek dat afgerond wordt met een *Hilfeplan* door de *Jugendamt*. Verder is er een uitspraak van een rechter nodig voor gedwongen hulpverlening/ opnames.

Het recht op zorg/ de plicht om zorg te verlenen

In verschillende Duitse wetten staat iets over de rollen van ouders en de staat met betrekking tot de opvoeding van kinderen.

In de Grondwet staat:

- “Zorg en opvoeding van kinderen is een natuurlijk recht van ouders en zij zijn primair verantwoordelijk voor de opvoeding. De staat controleert of aan deze verplichting wordt voldaan” (Artikel 6: 2)
- “Scheiding van kinderen van het gezin tegen de wil van de individuen die het recht hebben hen op te voeden kan alleen als dit wettelijk bepaald wordt, als de verantwoordelijke opvoeders hun opvoedingstaak verzaken of als de kinderen op een andere manier met verwaarlozing worden bedreigd” (Artikel 6: 3)
- “Elke moeder heeft recht op bescherming en zorg vanuit de gemeenschap” (Artikel 6: 4). Dit gaat over de periode tijdens de zwangerschap, geboorte en zolang er borstvoeding wordt gegeven of in ieder geval de eerste maanden na de bevalling en later of langer als de moeder negatieve gevolgen ondervindt van de zwangerschap en bevalling.

Verder stelt het eerder genoemde SGB VIII:

- Elke jongere heeft recht op hulp bij zijn of haar ontwikkeling en recht op een adequate opvoeding zodat hij of zij in staat is om een verantwoordelijk en sociaal vaardige persoonlijkheid te worden (§ 1: 1).
- Zorg, opvoeding en onderwijs van kinderen zijn een automatisch recht van ouders en hun primaire plicht (§ 1: 2). De staat controleert of aan deze verplichting wordt voldaan (§ 1: 2)
- Om de uitvoering van dit recht te bevorderen zal de jeugdzorg:
 - Jonge mensen ondersteunen in hun persoonlijke en sociale ontwikkeling en helpen met het ontwijken of wegnemen van achterstanden en obstakels
 - Opvoedingsadvies en ondersteuning bieden aan ouders en bevoegde verzorgers
 - Kinderen en jonge mensen beschermen tegen negatieve invloeden op hun welzijn
 - Ondersteuning bieden bij het behouden of creëren van positieve leefomstandigheden en een prettige omgeving voor kinderen, jongeren en hun gezinnen.

Het *SGB VIII* definieert de taken van de jeugdzorg; dit houdt in dat het aanbod van jeugdzorg bij wet geregeld is. Er wordt onderscheid gemaakt tussen:

- Andere taken (in de wet: *andere Aufgaben*) die geleverd moeten worden door *öffentliche Jugendhilfe*. Daar in de praktijk blijkt dat deze *Aufgaben* door de *Jugendämter* worden uitgevoerd zullen deze besproken worden onder het kopje *De unieke aanpak van Duitsland: Jugendämter*.
- Voorzieningen (in de wet: *Leistungen*):
 - Jongerenwerk, jeugdmaatschappelijk werk en sociaaleducatieve kind- en jeugdbescherming
 - Bevordering van onderwijs en opvoeding in het gezin. Inclusief opvoedingsinformatie, gezinstherapie, vrijetijdsprogramma's voor gezinnen en relatie- en scheidingstherapie
 - Opvoedingsondersteuning en extra toeslagen
 - Kinderopvang
 - Zorg voor kinderen met dreigende psychische stoornissen
 - Zorg voor kinderen en jongeren met psychische stoornissen en aanvullende voorzieningen. Dit zijn de zogenaamde sociaaleducatieve voorzieningen voor kinderen en jongeren met emotionele/ psychische/ psychologische stoornissen. Er wordt ondersteuning geboden op het gebied van onderwijs en beroepsopleidingen, voor de overgang naar de arbeidsmarkt en integratie in de maatschappij. Deze zorg kan gezien worden als een brug in de overgang van school naar werk die aangeboden wordt vanuit pleeggezinnen, tehuizen of niet-residentiële voorzieningen, zoals trainingsprogramma's.

Uit bovenstaande blijkt dat binnen deze Duitse *Leistungen* zowel diensten vallen die in Nederland onder het jeugdwerk vallen als zorg die hier door jeugdzorgaanbieders aangeboden wordt. Verder is het *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend* betrokken bij bovenstaande diensten als hoofdverantwoordelijke voor de wet waarin de *Leistungen* beschreven staan.

Het *SGB VIII* stelt dat iedereen in Duitsland die recht heeft op deze *Leistungen* – kinderen, jongeren en ouders – het recht heeft om zelf een keuze te maken uit de faciliteiten en diensten van de verschillende aanbieders en instellingen. Aan alle wensen zal gehoor gegeven worden tenzij er onevenredige kosten aan verbonden zijn. De meeste *Leistungen* kunnen geleverd worden door twee types van *Jugendhilfe*:

- *öffentliche Jugendhilfe*. Dit zijn openbare overheidsinstellingen (meestal het *Jugendamt*).
- *freie Jugendhilfe*. Dit zijn niet-overheid/ private instellingen (zonder winstoogmerk) die bestaan in verscheidene organisatievormen.

Het *SGB VIII* beschrijft de samenwerking tussen deze overheidsinstellingen en niet-overheid/ private aanbieders:

- Basisprincipe: *öffentliche und freie Jugendhilfe* zullen samenwerken als partners.
- Samenwerkingsprincipe: de *öffentliche Jugendhilfe* zal geen activiteiten oppakken die ook door de *freie Jugendhilfe* uitgevoerd kunnen worden.
- De hoofdverantwoordelijkheid van de *öffentliche Jugendhilfe*: De *öffentliche Jugendhilfe* is hoofdverantwoordelijk voor de voorzieningen voor kinderen en jongeren
- Financiering en bevordering van vrijwillige jeugdzorgaanbieders: de *öffentliche Jugendhilfe* zijn verplicht de *freie Jugendhilfe* immaterieel en financieel te ondersteunen.

Relevante (actuele) onderwerpen

Vroege hulp en preventie voor kinderen in de risicogroep

Volgens de publicatie “*Aktiver Kinderschutz- Entwicklung und Perspektiven*” (Proactievere kindbescherming – ontwikkeling en vooruitzichten) werd de vorige regeerperiode in Duitsland gekenmerkt door een groeiend maatschappelijk en politiek bewustzijn over de bescherming van kinderen. De centrale overheid in Duitsland nam daarop een aantal stappen om de bescherming van kinderen voortaan vanuit een preventief gezichtspunt aan te pakken en om de samenwerking tussen jeugdwelzijn, jeugdgezondheidszorg en justitie te intensiveren, mede doordat de overheid geconfronteerd werd met een aantal ernstige gevallen van verwaarlozing van kinderen. In het coalitieverdrag van de vorige regering stonden de prioriteiten op het gebied van de bescherming van kinderen en *frühe Hilfen* (vroegtijdige ondersteuning) als volgt omschreven: “kinderen van wie de gezondheid of sociale positie gevaar loopt hebben vanaf het begin gerichte ondersteuning nodig. Dit betekent dat meer adequate en beter gestructureerde ondersteuning voor sociale achterstandsgezinnen eerder moet worden aangeboden, in de directe omgeving of regio. De rol van de staat als toezichthouder en de plicht van de maatschappij om zorg te verlenen moeten versterkt worden en systemen voor vroege signalering moeten worden ontwikkeld. Jeugdwelzijnswerk, preventieve gezondheidsdiensten en *civil society engagement* (vrijwilligerswerk) zouden geïntegreerd moeten worden om een kwaliteitsslag te maken in ondersteunende voorzieningen voor gezinnen met jonge kinderen. Vooral voor gezinnen met een sociale achterstand moeten de klassieke “*drop-in*” structuren die de basis vormen voor een groot aantal voorzieningen verbeterd worden en beter afgestemd op de doelgroep en moeten er nieuwe outreachende voorzieningen ontwikkeld worden. De doelen van dit project zijn:

- Een betere bescherming van het kind door vroegsignaleringsystemen te ontwikkelen en eerder in te grijpen
- Het coördineren van gezondheidsdiensten, jeugdwelzijnsorganisaties en *civil society engagement* (vrijwilligerswerk)
- Het versterken van de plicht van de staat om zorg te verlenen
- Het verbeteren van opvoedvaardigheden en verantwoordelijkheid van ouders.”

Op basis van dit coalitieverdrag ontwikkelde de vorige overheid onder meer het *Programme Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme* (Vroeginterventie voor ouders en kinderen en sociale vroegsignaleringssystemen). Het doel van dit programma dat van 2006 tot 2010 wordt uitgevoerd is het zo vroeg mogelijk signaleren van risico's voor kinderen en het verbeteren van opvoedingsvaardigheden van hun ouders. Het programma richt zich hoofdzakelijk op kinderen tot drie jaar, zwangere vrouwen en jonge moeders en vaders in stressvolle situaties. Verder werd in 2007 het *Nationale Zentrum Frühe Hilfen* opgericht. Dit nationale centrum bevordert de samenwerking tussen kraamziekenhuizen, verloskundigen en praktijken voor zwangere vrouwen met de voorzieningen voor kinderen en jongeren. Hier kun je terecht voor professioneel advies en voorbeelden van goed werkende lokale en regionale netwerken.

In het coalitieverdrag van de huidige Duitse regering dat eind oktober 2009 verscheen sprak de coalitie de wens uit “de bescherming van kinderen actief en effectief aan te pakken”. Hiervoor wordt een wet Kinderbescherming opgesteld. Het *Deutsches Jugend Institut* denkt echter dat de meeste mensen niet geloven dat er nieuwe regelgeving nodig is voor de bescherming van kinderen. Verder zal volgens dit coalitieverdrag het eerder genoemde *Nationale Zentrum Frühe Hilfen* gebruikt worden voor nieuwe en nauwere initiatieven om tot een actieve kinderscherming te komen.

3.4. De unieke aanpak van Duitsland: Jugendamt

Zoals eerder gezegd, “*die Träger der öffentlichen Jugendhilfe werden durch Landesrecht bestimmt*” (aanbieders van reguliere voorzieningen voor de jeugd vallen onder de wetgeving van de verschillende staten). Door deze recente aanpassing van de wet is het voor alle *Gemeinden, Kreisen und Städte* op gemeentelijk/regionaal niveau niet langer verplicht om een *Jugendamt* op te richten. Theoretisch gezien zouden meerdere regio's samen kunnen doen met één *Jugendamt*. In de praktijk is dit nog niet voorgekomen.

Het *Jugendamt* bestaat uit de *Verwaltung* en de *Jugendhilfe ausschuss* (Jeugdhulpcommissie). In de praktijk is het *Jugendamt* meestal aanbieder van de *andere Aufgaben* (andere taken van de reguliere zorgverleners) die in het SGB VIII worden genoemd:

- Het opnemen van kinderen en jongeren. Dat houdt in het bieden van tijdelijke accommodatie bij een passende verzorger, in een instelling of in een andere vorm van wonen onder toezicht
- Het uit huis plaatsen van kinderen
- Deelnemen aan het traject voorafgaand aan voogdijzaken
- Adviseren bij en begeleiden van adoptieprocedures
- Deelnemen in procedures van de jeugdreclassering
- Adviseren en ondersteunen van verzorgers en voogden
- Officieel toezichthouder, ondersteuning en medetoezichthouder van het jeugdbureau.

Het SGB VIII beschrijft ook een aantal specifieke taken van het *Jugendamt*, inclusief het opnemen van een kind als de situatie hierom vraagt. Verder werd het mandaat van het *Jugendamt* over de bescherming van kinderen in geval van een gevaar voor het welzijn gestructureerd en geformuleerd door de *Gesetz zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe* (*KICK*; de Wet op de verdere ontwikkeling van de *Kinder- und Jugendhilfe*). *KICK* was één van de laatste wijzigingen van het SGB VIII ter verbetering van de bescherming van kinderen en jongeren in de jeugdzorgsector volgens het SGB VIII. De belangrijkste taak van *KICK* (die op 1 oktober 2005 van kracht werd) is het verbeteren van de bescherming van kinderen en jongeren voor invloeden die een gevaar zouden kunnen zijn voor hun welzijn. De regelgeving bepaalt ook de verantwoordelijkheid van het *Jugendamt* om de beschikbaarheid van diensten te kunnen blijven garanderen en het zelf aanbieden van diensten te beperken.

3.5. Samenvatting

- Het Duitse jeugdzorgmodel gaat uit van een holistische benadering, variërend van voorzieningen voor kinderopvang, kleuteropvang, jeugdwerk en vrijetijdsbesteding tot een systeem ter bescherming van het kind. Al deze voorzieningen worden op lokaal niveau gecoördineerd door het *Jugendamt* door middel van een sterk kader van federale wetgeving en innovatieve programma's vanuit de centrale overheid.
- Net als in Nederland worden er in Duitsland veel diensten geleverd door niet-overheidsinstellingen en organisaties.
- De mate waarin kinderen en jonge mensen jeugdzorg op kunnen eisen op basis van de *Kinder- und Jugendhilfe Gesetz* is onduidelijk. Het lijkt meer een recht op welzijn dan een recht op zorgverlening.
- Het *Jugendamt* in de deelstaten van Duitsland heeft een lange traditie en staat centraal in de levering van jeugdzorg. Het kan taken uitvoeren die in Nederland onder het jeugdwerk zouden vallen maar ook meer maatschappelijke zorgtaken zoals het (laten) opnemen van kinderen en jongeren. Het *Jugendamt* is tevens verantwoordelijk voor de trajecten van vrijwillige, en aan de andere kant, verplicht opgelegde maatschappelijke zorg. Interessant zou zijn om de mening van ouders in Duitsland te vragen over het *Jugendamt* met betrekking tot de jeugdzorg.
- De nadruk in het Duitse systeem is verschoven naar eerdere signalering en interventie. Net als in andere landen, waaronder Nederland, is dit mede een gevolg van verschillende ernstige incidenten met kinderen die bekend waren bij de kinderbescherming of vergelijkbare instellingen. Deze aandachtsverschuiving is echter nog te recent om al resultaten te kunnen meten van het '*Frühe Hilfen*'.

4. Noorwegen

In Noorwegen wonen ca. 4.8 miljoen mensen. Ca. 1.1 miljoen inwoners (23%) zijn kinderen en jongeren tot 18 jaar.

4.1. Dreigt de zorg te medicaliseren?

Al enige tijd is er een verschuiving in de financiering van de *Norwegian Child Welfare Services* gaande in de richting van de inzet van meer interventies en maatregelen bij de kinderen of jongeren thuis. De gegevens over de feitelijk verleende zorg laten inderdaad een stijging zien van het gebruik van dergelijke maatregelen: het aantal kinderen dat thuis wordt ondersteund door de jeugdwelzijnsvoorzieningen steeg meer dan het aantal kinderen dat onder toezicht van de staat werd gesteld. In de periode 2003 tot 2006, bijvoorbeeld, steeg het aantal kinderen dat thuis ondersteuning kreeg van 29.300 naar 33.200, terwijl het aantal kinderen dat onder toezicht stond, steeg van 6.700 naar 7.300.

En nog steeds streeft de Noorse overheid ernaar om zoveel mogelijk middelen in te zetten om thuis of in de vorm van pleegezinnen ondersteuning te kunnen bieden in plaats van kinderen in instellingen te plaatsen. Zoals gezegd steeg het gebruik van ondersteunende maatregelen (met 9 %). Ook steeg in 2005 het aantal kinderen dat in een pleeggezin werd geplaatst met 3.7 %. Verder daalde in die periode het aantal kinderen en jongeren in residentiële instellingen met 2.8 %.

Verder blijkt dat er door kinderen en jongeren meer gebruik is gemaakt van de geestelijke gezondheidszorg. Van 1998 tot 2006 verdrievoudigde het aantal poliklinische behandelingen, terwijl het aantal kinderen dat van gespecialiseerde voorzieningen gebruik maakte in die periode meer dan verdubbelde. De Noorse overheid stelt dat deze laatste trend te danken is aan de sterke toename van de beschikbare middelen voor de geestelijke jeugdgezondheidszorg.

4.2. De structuur van de jeugdzorg

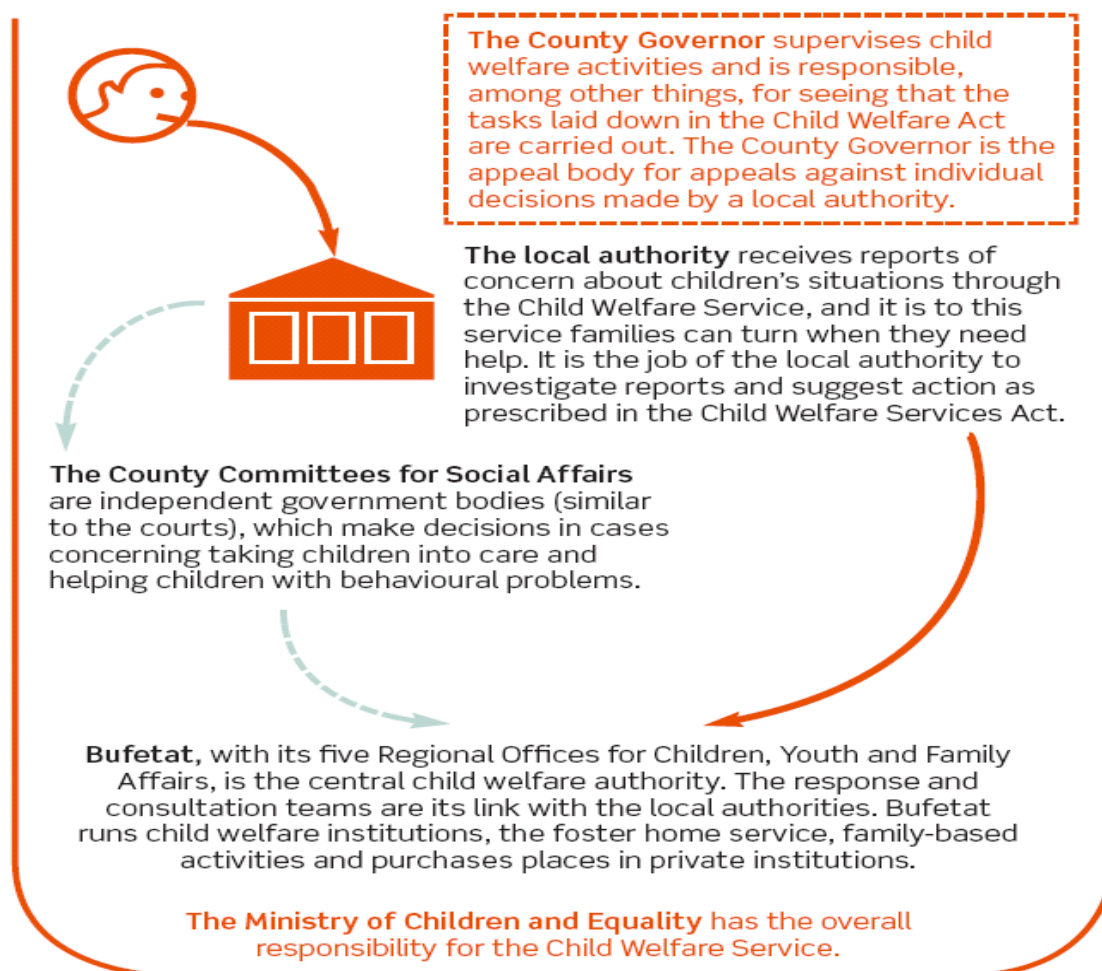
Inleiding

In Noorwegen wordt de term *child welfare* (jeugdwelzijn) gebruikt voor wat in Nederland 'jeugdzorg' genoemd wordt. In Noorwegen zijn ouders primair verantwoordelijk voor de opvoeding van hun kinderen. Ouders die tegen problemen aanlopen kunnen echter behoefte hebben aan korte of langdurende opvoedingsondersteuning. In deze gevallen kan het jeugdwelzijnswerk ondersteuning bieden aan kinderen en ouders om kinderen de kans te geven zich te ontwikkelen in redelijke leefomstandigheden. Alle lagen van de overheid zijn betrokken bij jeugdwelzijn en in 2004 nam de centrale overheid de totale verantwoordelijkheid voor het welzijnswerk voor jeugd en gezin over van de lokale overheden om, onder andere, meer gelijkwaardige, samenhangende voorzieningen aan te kunnen bieden in heel Noorwegen. Hierover later meer.

Nationaal

Op dit moment hebben zowel gemeenten als de overheid in Noorwegen plichten en verantwoordelijkheden op het gebied van jeugdwelzijn, zoals blijkt uit onderstaande figuur. Omdat de *County Committee for Social Affairs* (provinciale commissie voor sociale zaken) een rol speelt in de toegang tot zorg, zal deze commissie later uitgebreider besproken worden (paragraaf 4.3). Verder worden in de laatste paragraaf de Respons- en Consultatieteams besproken die kenmerkend zijn voor de unieke aanpak van Noorwegen.

Who does what in Child Welfare?



Het ministerie van Kinderen en Emancipatie

In Noorwegen is de centrale overheid de hoogste autoriteit. Het ministerie van Kinderen en Emancipatie is verantwoordelijk voor sectoroverstijgende beleidsprogramma's rondom kinderen en jongeren. Onderwerpen zijn onder andere 'ouders en kinderen', 'kinderen en jongeren', 'adoptie' en 'jeugdwelzijn'. Op het gebied van jeugdwelzijn is het ministerie hoofdverantwoordelijk voor de correcte uitvoering van de Jeugdwelzijnswet, onder meer door het overzicht te houden op de uitvoering van de wet en de bijbehorende regelgeving. De overheid is onder andere ook verantwoordelijk voor het ontwikkelen van een algemeen beleid voor jeugdwelzijn, het aanreiken van instructies en richtlijnen, het beschikbaar maken en aanbieden van informatie over jeugdwelzijn en het initiëren van onderzoek.

De overheidsautoriteiten op regionaal niveau

In Noorwegen zijn overheidsinstellingen op regionaal en lokaal niveau deel van de centrale overheid. Op het gebied van jeugdwelzijn is *Bufdir* (het Noorse Directoraat voor kinderen, jeugd en gezin) de overheidsautoriteit. Het hoofddoel van dit overheidsagentschap is het leveren van passende zorg van hoge kwaliteit aan kinderen, jongeren en gezinnen die hulp en ondersteuning nodig hebben, in elke regio in Noorwegen. *Bufdir* is niet alleen verantwoordelijk voor jeugdwelzijn, maar bijvoorbeeld ook voor *family counseling*, adoptie, jongerenuitwisselingsprogramma's en jongereninformatie. Verder voert het in opdracht van het Ministerie van Kinderen en Emancipatie een aantal subsidietrajecten uit, zoals een aantal projecten over relatieontwikkeling om langdurige gezinsrelaties en een veilige, stabiele thuissituatie voor kinderen te bevorderen. Samengevat is *Bufdir* het agentschap van het Ministerie van kinderen en Emancipatie dat de leiding heeft over het jeugdwelzijnswerk.

Onder *Bufdir* staan vijf regionale kantoren in Noord, Midden, West, Oost en Zuid Noorwegen en verschillende voorzieningen verspreid over het land. Deze regionale kantoren (*Bufetat* genaamd) zijn verantwoordelijk voor de intensievere zorg voor kinderen en jongeren. In de Jeugdwelzijnswet staan hun taken en verantwoordelijkheden als volgt omschreven:

- Het op aanbeveling van de gemeente ondersteunen van de gemeentelijke jeugdwelzijnsorganisatie bij het onder toezicht stellen van een kind
- Het werven van pleeggezinnen en de plaatsing van kinderen in pleeggezinnen
- Het begeleiden en trainen van pleegouders.

Verder is *Bufetat* verantwoordelijk voor:

- De accreditatie van private en gemeentelijke instellingen
- De oprichting en uitvoering van zogenaamde zorgcentra voor minderjarigen
- Alle bijbehorende gespecialiseerde voorzieningen voor de zorg en behandeling van kinderen
- (zoals eerder gezegd) het opstellen van regels voor de toelating- en ontslagprocedures voor de twee laatstgenoemde vormen van zorg.

Bufetat heeft deze verantwoordelijkheden niet altijd gehad. In het najaar van 2002 diende de overheid een amendement in op de Jeugdwelzijnswet en de *Family Counseling Act* dat inhield dat de centrale overheid vanaf 1 januari 2004 de verantwoordelijkheid op het gebied van welzijn voor jeugd en gezin van de provincies zou overnemen. Dat wil zeggen dat van toen af aan de staat verantwoordelijk was voor de uitvoering van de instellingen voor *family counseling*, de jeugdwelzijnsinstellingen en de pleeggezinnen. De voornaamste reden hiervoor was het vergroten van de competentie- en kennisgerichte ondersteuning van de gemeentelijke welzijnsinstellingen. Daarnaast moest deze centralisatie leiden tot een betere gelijke verdeling van en betere samenwerking tussen alle voorzieningen door heel Noorwegen. In 2003 nam *Storting*, het Noorse Parlement, het voorstel aan en het jaar daarop werd de hervorming ingezet. Een onderzoek door de Noorse rekenkamer uit 2007 wees echter uit dat *Bufetat* niet overal in Noorwegen kwalitatief gelijkwaardige voorzieningen en programma's aanbiedt.

Hiernaast blijkt uit recent onderzoek dat *Bufetat* meerdere jaren achtereen onvoldoende middelen heeft ontvangen. Bovendien heeft het onvoldoende onderzoek gedaan naar de behoefte aan verschillende maatregelen waardoor het moeilijk te achterhalen is of alle kinderen die hulp nodig hebben dit ook daadwerkelijk krijgen. Aan de andere kant is één van de doelstellingen van de reorganisatie van *Bufetat* wel (deels) behaald, daar meer kinderen geprofiteerd hebben van maatregelen in de thuissituatie of in een pleeggezin geplaatst zijn, en het gebruik van welzijnsinstellingen gedaald is.

Andere bestuursniveaus

In Noorwegen bestaan de lokale autoriteiten uit 19 provincies (*fylker*) en 430 gemeenten. De provincies en de gemeenten hebben dezelfde bestuurlijke status.

De Fylkesmann

De *fylkesmann* (aangesteld door de regering en vergelijkbaar met de Commissaris van de Koningin in Nederland) is de belangrijkste vertegenwoordiger van de centrale overheid die toezicht houdt op de lokale autoriteiten. Deze houdt ook toezicht op de private en gemeentelijke instellingen en grijpt in als er slecht beleid wordt gevoerd. Verder heeft hij of zij de taak om de jeugdwelzijnsactiviteiten van de afzonderlijke gemeenten te controleren. De *fylkesmann* zorgt:

- Dat gemeenten hun taken uitvoeren zoals omschreven in de Jeugdwelzijnswet
- Dat gemeenten geadviseerd en begeleid worden
- Dat jeugdwelzijnsinstellingen en zorgcentra voor minderjarigen gecontroleerd worden

Hiernaast is de *fylkesmann* ook het aanspreekpunt voor bezwaren en kwesties als:

- Individuele beslissingen/opdrachten van de plaatselijke jeugdwelzijnsinstelling, zoals beslissingen over uithuisplaatsingen
- Zogenaamde follow-up opdrachten vanuit de jeugdwelzijnsautoriteiten van de centrale overheid op regionaal niveau
- Een zaak niet onder de jurisdictie van de *County Committee for Social Affairs* valt⁴

Gemeenten

De gemeenten in Noorwegen variëren in omvang, maar meer dan de helft van de gemeenten heeft minder dan 5000 inwoners. Alle gemeenten zijn verplicht een *child welfare administration* (jeugdwelzijnsbestuur) te hebben om de bij wet vastgelegde activiteiten uit te voeren. Een aantal van deze activiteiten zijn:

- Het bieden van advies en begeleiding
- Oordelen in zaken die volgens de wet onder de jurisdictie van het bureau vallen
- Het voorbereiden van cases om voor te leggen aan de *County Committee for Social Affairs*
- De uitvoering en follow-up van maatregelen op het gebied van jeugdwelzijn

⁴ Op p. 31 staat meer informatie over de *County Committee for Social Affairs*.

Hiernaast geldt dat het hoofd van deze jeugdwelzijnsorganisatie (of de aanklagende autoriteit) bevoegd is om, als een kind risico op materiële schade loopt in de thuissituatie, per direct een voorlopige ondertoezichtstelling uit te schrijven zonder toestemming van de ouders.

Alle Noorse gemeenten hebben een jeugdwelzijnsbureau dat tijdens kantooruren bereikbaar is⁵. Volgens de Jeugdwelzijnswet is deze gemeentelijke instelling verplicht om samen te werken met interne en externe partners; dus met andere overheidsinstellingen en vrijwilligersorganisaties die met kinderen en jongeren werken. Ook moet het bureau een breed aanbod van diensten aanbieden:

- Preventieve activiteiten

Bij het gemeentelijke bureau ligt de nadruk op preventie omdat deze instelling verantwoordelijk is voor het zichtbaar maken van verwaarlozing en problemen rondom gedrag en sociale en emotionele vaardigheden bij zeer jonge kinderen zodat blijvende problemen en uiteindelijk institutionalisering voorkomen kunnen.

- Hulp en ondersteuning

Het eerste uitgangspunt van de Jeugdwelzijnswet is dat kinderen in principe opgroeien bij hun biologische ouders. Dat houdt in dat kinderen primair thuis geholpen zullen worden. Volgens dezelfde wet is het jeugdwelzijnsbureau verantwoordelijk voor het uitvoeren van maatregelen voor kinderen en hun gezinnen in situaties waarin kinderen speciale zorg nodig hebben als gevolg van de thuisomstandigheden. Hulp kan de vorm aannemen van financiële bijstand, adviestrajecten, therapie of ondersteunende maatregelen. Bij ondersteunende maatregelen moet voornamelijk gedacht worden aan het ondersteunen van ouders bij de opvoeding (door tijdelijk de zorg voor een kind over te nemen). Voorbeelden van deze maatregelen zijn een vast contactpersoon, aanmelding van de kinderen bij een kinderdagverblijf of kleuterschool, tijdelijke opvang of maatregelen thuis waardoor ouders even rust hebben van de kinderen en andere ouderlijke ondersteuning. Kortom, het jeugdwelzijnsbureau heeft verschillende instrumenten die ingezet kunnen worden om de thuissituatie voor een kind in ieder geval leefbaar te maken. Later zullen we bespreken hoe deze instelling in de afgelopen jaren gebruik maakte van nieuwe, goed beschreven, wijkgerichte methodes zoals *Parent Management Training Oregon* (PMTO) en *Multisystemic Therapy* (MST).

In de regel mogen de ondersteunende maatregelen alleen uitgevoerd worden met toestemming van het gezin. Een aantal maatregelen (zoals toezicht in huis, aanwezigheid op het kinderdagverblijf of bij een andere dagbesteding) kan echter aan de ouders opgelegd worden. Beslissingen om ouders verplicht mee te laten werken aan ondersteunende maatregelen kunnen alleen genomen worden door *County Committees for Social Affairs*. In de praktijk worden er in 80 % van de gevallen die bij het jeugdwelzijnsbureau binnenkomen vrijwillig ondersteunende maatregelen uitgevoerd in de thuissituatie.

⁵ Hiernaast zijn er, zoals in de jeugdwelzijnswet omschreven, zogenaamde noodteams die in buiten kantooruren en in het weekend oproepbaar zijn. De beschikbaarheid van deze nooddienst varieert per gemeente.

Het inzetten van ondersteunende maatregelen wordt onder meer gestimuleerd door meer middelen beschikbaar te stellen aan de jeugdwelzijnsbureaus om deze maatregelen in de thuissituatie uit te kunnen voeren. Verder werden voorbeelden van dit type ondersteuning genoemd in de Jeugdwelzijnswet zodat welzijnswerkers en ouders er kennis van kunnen nemen. Op deze manier zouden de maatregelen ook meer mensen bereiken en daarmee bijdragen aan een adequatere opvoedsituatie voor meer kinderen.

- Intervenieren waar nodig – eventueel tegen de wil van de ouders.

Het jeugdwelzijnsbureau is hoofdverantwoordelijk voor het volgen van kinderen en het ingrijpen als ze blootstaan aan geweld en misbruik. De Jeugdwelzijnswet en andere wetten verplichten de openbare autoriteiten om de jeugdwelzijnsbureaus te informeren als een kind langdurig gedragsproblemen vertoont of als er redelijke vermoedens zijn dat een kind thuis mishandeld wordt of blootstaat aan andere misstanden in de opvoeding. Een andere plicht van het jeugdwelzijnsbureau is het onderzoeken van meldingen over vermoedelijke probleemsituaties.

Het jeugdwelzijnsbureau heeft verder de plicht om te intervenieren als de eerder genoemde ondersteunende maatregelen in de thuissituatie niet in de behoeftes van het kind kunnen voorzien. In dit geval overlegt het bureau met de ouders om het kind in een pleeggezin te plaatsen, op te laten nemen of voor bepaalde tijd andere ouder-kind interventies uit te voeren. Zoals beschreven staat in de Jeugdwelzijnswet is “een slechte behandeling of blootstelling van het kind aan ander ernstig misbruik in de thuissituatie” een reden om een kind uit huis te plaatsen. Uitgangspunt is dat het uit huis plaatsen van een kind alleen gebeurt als dat voor hem of haar de beste oplossing is. Het kind uit huis plaatsen zonder ouderlijke toestemming is alleen mogelijk na een beslissing door de *County Committee for Social Affairs* die zich baseert op een aanbeveling van de gemeentelijke autoriteit. Nadat deze partijen bepaald hebben dat het kind uit huis wordt geplaatst, is het jeugdwelzijnsbureau onder andere verantwoordelijk voor:

- Het selecteren van een geschikte plek om het kind te plaatsen volgens de richtlijnen uit de Jeugdwelzijnswet.
- Het blijven volgen van de ontwikkeling van de uit huis geplaatste kinderen en hun ouders. In de praktijk werkt dit systeem vaak niet naar behoren; bijvoorbeeld, deadlines worden vaak niet gehaald, de vereiste *follow-up* van beschermende maatregelen blijft uit en er is niet voldoende geld beschikbaar.
- Als de ouders het willen, is het jeugdwelzijnsbureau verplicht om hen begeleiding en *follow-up* te bieden korte tijd na de uitvoering van de uithuisplaatsing. Een onderdeel van deze *follow-up* is dat de ouders in contact worden gebracht met andere ondersteunende faciliteiten.

4.3. Beleid en aanpak

De toegang tot zorg

County Committees for Social Affairs

Noorwegen heeft 12 *County Committees for Social Affairs*. Een *County Committee for Social Affairs* is een overheidsorgaan met een autonome positie ten opzichte van de *fylkesmann* en het Ministerie van Kinderen en Emancipatie. Voor elke zaak wordt deze commissie samengesteld uit een voorzitter die advocaat is, twee beroepsdeskundigen en twee 'gewone leden'. Deze commissie houdt zich bezig met de toegang tot zorg en beslist over eventuele uithuisplaatsing zonder ouderlijke toestemming op basis van een aanbeveling door de gemeentelijke autoriteit. Hiernaast beslissen de *County Committees for Social Affairs* over het verplicht opleggen van interventies bij ernstige gedragsproblemen bij kinderen. Tegen de beslissingen van de commissies kan bezwaar gemaakt worden via de rechtbank. Betreffende de toegang tot zorg bepaalt *Bufdir* (het eerdergenoemde Noorse Directoraat voor kinderen, jongeren en gezin) verder het opname- en ontslagbeleid voor kinderen in jeugdinstituten.

Het recht op zorg /de plicht om zorg te verlenen

De Jeugdwelzijnswet richt zich op de bescherming van kinderen. De wet dient twee doelen:

- Zorgen dat kinderen en jongeren, die onder omstandigheden leven die schadelijk kunnen zijn voor hun gezondheid en ontwikkeling, op het juiste moment adequate hulp krijgen.
- Een bijdrage leveren aan het creëren van een veilige omgeving voor kinderen en jongeren om in op te groeien.

Maatregelen waarin deze wet voorziet mogen toegepast worden op kinderen tot 18 jaar. Als het kind toestemming geeft, kunnen maatregelen die voor het achttiende jaar zijn ingezet voortgezet worden of vervangen worden door andere maatregelen uit de wet, tot hij of zij 23 jaar oud is.

Zoals eerder gezegd beschrijft deze wet de taken en verantwoordelijkheden met betrekking tot het welzijn van kinderen en jongeren van de verschillende bestuursniveaus. De wet geeft het kind geen rechten, omdat de wet is gebaseerd op de verantwoordelijkheid van de autoriteiten. Hierdoor is het voor kinderen en/of gezinnen moeilijker om de zorg op te eisen die in deze wet beschreven staat.

Relevante (actuele) onderwerpen

In acht nemend wat er in Nederland onder jeugdzorg verstaan wordt, zijn er een paar onderwerpen die hier besproken moeten worden:

Ondersteuning voor ouders

In Noorwegen is de staat verplicht om opvoedingsondersteuning en formele gezinstherapie aan te bieden. Momenteel zijn er 64 instellingen voor *family counseling* waarvan er ruim 40 vanuit de overheid aangestuurd worden en direct verbonden zijn aan *Bufetat* en de rest door kerkelijke organisaties wordt gefinancierd en in samenspraak met de centrale autoriteiten opereert. De praktijken kunnen samenwerken met verschillende instellingen zoals lokale gezondheidscentra en (kleuter)scholen. Ouders kunnen er terecht voor begeleiding bij de opvoeding. Ze kunnen informatie en hulp krijgen rondom de behoeftes en ontwikkeling van hun kinderen, vragen stellen over opvoedmethodes en ervaringen uitwisselen. Ook kan er desgewenst doorverwezen worden naar andere vormen van ondersteuning.

Samenwerking

Zoals gezegd, stelt de Jeugdwelzijnswet dat gemeentelijke jeugdwelzijnsbureaus geacht worden samen te werken met interne en externe partners; dus met andere onderdelen van de overheid en vrijwilligersorganisaties die werken met kinderen en jongeren. In 2008 is onderzocht of gemeenten duurzame samenwerking zoeken met gezondheidsdiensten, sociale en jeugdwelzijnsvoorzieningen voor kinderen van de schoolgaande leeftijd en in de leeftijdsgroep 18-23. Uit dit onderzoek bleek ook dat de jeugdwelzijnsbureaus niet voldoende presteerden op het gebied van het signaleren en herkennen van kinderen die risico liepen op schade en het onderzoek doen bij en volgen van individuele gevallen. Dit was ook het geval voor jongeren die na hun achttiende verjaardag een beroep deden op het jeugdwelzijnsbureau of het maatschappelijk werk.

4.4. De unieke aanpak van Noorwegen: de Respons- en Consultatieteams van Bufetat

Zoals gezegd, nam de staat in 2004 de verantwoordelijkheid voor *family counseling*, jeugdwelzijnsinstellingen en pleeggezinnen over. De belangrijkste reden hiervoor was beter in staat te zijn om de gemeentelijke jeugdwelzijnsbureaus de benodigde vaardigheden en kennis aan te kunnen reiken. Hiertoe werden onder andere 26 zogenaamde Respons- and Consultatieteams opgezet, die verspreid zijn over heel Noorwegen. Dit is een unieke methode omdat deze teams de directe schakel vormen tussen de centrale jeugdwelzijnsautoriteit- *Bufetat*- en de gemeentelijke jeugdwelzijnsbureaus waarbij de teams deskundige hulp bieden bij gecompliceerde zaken.

De belangrijkste taken van een Response en Consultatieteam zijn:

- Het bevorderen van lokale samenwerking tussen lokale autoriteiten
- Adviseren en ondersteunen van lokale autoriteiten bij gecompliceerde zaken, zoals zaken waarbij vermoedens van seksuele en fysieke kindermishandeling spelen
- De gemeentelijke jeugdwelzijnsbureaus ondersteunen bij het doen van casusonderzoek
- De gemeentelijke jeugdwelzijnsbureaus begeleiden in het gebruik van ondersteunende maatregelen
- De lokale autoriteiten ondersteunen bij uithuisplaatsingen

4.5. Samenvatting

- De gemeentelijke jeugdwelzijnsbureaus in Noorwegen zijn verantwoordelijk voor een breed scala aan voorzieningen, van preventieve activiteiten, met hulp en ondersteuning in het gezin tot het uitvoeren van vergaande interventies, eventueel tegen de wil van de ouders. Verder bieden ze hulp aan nadat is vastgesteld dat de ouders uit de ouderlijke macht worden ontzet.
- Deze (lokale) taken op het gebied van jeugdwelzijn staan, net als die van de provincies en van de centrale overheid, opgetekend in de Jeugdwelzijnswet. Vanaf 2004 veranderde de wet in de zin dat de centrale overheid de verantwoordelijkheden op het gebied van welzijn van jeugd en gezin van de provincies overnam, waardoor er een bestuurslaag tussenuit werd gehaald.
- De belangrijkste reden voor de centralisatie was beter in staat te zijn om de gemeentelijke jeugdwelzijnsbureaus de benodigde vaardigheden en kennis aan te kunnen reiken. Dit was ook de aanleiding voor de unieke aanpak van Noorwegen: het vormen van 26 Respons en Consultatieteams verspreid over Noorwegen. Dit is een unieke methode omdat deze teams de directe schakel zijn tussen de centrale jeugdwelzijnsautoriteit- *Bufetat*- en de gemeentelijke jeugdwelzijnsbureaus waarbij de teams deskundige hulp bieden bij gecompliceerde zaken.
- Noorwegen lijkt een succesvolle overgang te hebben gemaakt van geïnstitutionaliseerde zorg voor kinderen en jongeren naar pleegzorg en meer hulp-aan-huis voor risicokinderen en gezinnen.
- De gemeentelijke jeugdwelzijnsbureaus zijn verantwoordelijk voor zowel de vrijwillige als 'opgelegde' zorgtrajecten.

5. Zweden

In 2008 had Zweden een bewonersaantal van 9,3 miljoen. In dat jaar was 22 percent van de bevolking jonger dan 19 jaar. Dat betekent 2,1 miljoen kinderen en jongeren

5.1. *Dreigt de zorg te medicaliseren?*

In Zweden is de groei van het aantal kinderen en jongeren dat 24-uurszorg⁶ ontvangt bijna 20 jaar geleden begonnen. De grote stijging vond plaats in de jaren negentig van de vorige eeuw. In dat decennium – van 2001 tot 2008 – groeide het aantal kinderen en jongeren dat op een zeker moment 24-uurszorg ontving van 18.500⁷ tot 22.700. Het aantal kinderen dat in deze periode op 1 november van deze specifieke zorg gebruik ging maken groeide van 14.000 in 2001 tot 15.800 kinderen in 2008.

Voor deze stijging in het gebruik van 24-uurszorg zijn verschillende oorzaken. Om te beginnen waren er te weinig instellingen voordat de staat medio 1990 de verantwoordelijkheid overnam. Toen de mogelijkheden voor jongeren om 24-uurszorg te krijgen verruimden, groeide het aantal plaatsingen in instellingen mee. Ten tweede had ook de wetgeving invloed op de groei, zowel de *LVU* (Zweedse afkorting voor de wet betreffende gedwongen jeugdzorg) en de wetgeving op het gebied van jonge delinquenten. Dit laatste zorgde ervoor dat justitie in Zweden druk op de sociale dienstverlening ging uitoefenen om krachtiger op te treden. Het debat bereikte ook de landelijke politiek. Hier werd het gebrek aan maatregelen voor de aanpak van jonge mensen die in de criminaliteit zaten en drugs gebruikten onderstreept en gevraagd om een proactieve aanpak van de sociale sector met betrekking tot jongeren met gedragsproblemen. Op de derde plaats leidden verschillende ontwikkelingen - waaronder deze steeds hogere verwachtingen tot meer specialisatie onder de sociale voorzieningen - tot de opkomst van een groep sociaal werkers die zich specialiseerden in het werken met kinderen en jongeren. Als er meer gerichte aandacht ontstaat voor een bepaalde groep komen er vaak meer behoeftes van deze groep aan het licht en ook in het geval van de kinderen en jongeren in Zweden was dit het geval. Ten vierde houdt de stijging van het gebruik van 24-uurszorg sinds 2004 waarschijnlijk ook verband met het aantal alleenstaande minderjarige asielzoekers in Zweden. Deze stijging van het gebruik van dit type zorg mag echter volgens een deskundige van *Socialstyrelsen* (het nationaal agentschap voor gezondheid en welzijn) niet gezien worden als een medicalisering van de zorg, omdat de zorg voor jongeren uit veel meer bestaat, variërend van kleinschalige voorlichting en sociale opleidingen en activiteiten tot bijvoorbeeld behandelingen voor gedragsproblemen.

⁶ 24-uurszorg heet ook wel 'De 24-uurs maatregelen'. Dit zijn: Zorg buitenshuis volgens de *SoL* (Zweedse afkorting voor de wet op de sociale voorzieningen); directe voogdij volgens de criteria van de *LVU* (Zweedse afkorting voor de wet zorg voor jongeren) en zorg volgens de *LVU*.

⁷ NB De absolute aantallen in deze paragraaf houden geen rekening met de omvang van de jongerenbevolking, de cijfers in de derde paragraaf wel.

In de groep kinderen en jongeren in de 24-uurszorg heeft verder een verschuiving plaatsgevonden in het inzetten van een bepaald soort interventies. Zo is het aantal plaatsingen in instellingen in de periode 2001-2005 gelijk gebleven terwijl het aantal kinderen en jongeren dat in de pleegzorg terecht kwam met 5-10 procent groeide. Verder is het aantal plaatsingen bij pleeggezinnen in de vorm van crisisopvang gestegen en lijken de gegevens aan te tonen dat deze plaatsingen in de plaats zijn gekomen van noodopnames in instellingen. De Zweedse overheid schrijft in de vierde verplichte rapportage aan het Kinderrechtencomité dat deze laatste twee trends aantonen dat de pogingen van de gemeenten om de geïnstitutionaliseerde zorg (voor kinderen, jongeren en gezinnen) terug te dringen de afgelopen jaren effect hebben gehad. De gemeenten werden hiertoe aangezet door ontstane debatten over de hoge kosten van de instituten en hun slechte resultaten.

Terwijl het aantal kinderen in de 24-uurszorg gestegen is sinds 2001, is de inzet van niet-institutionele maatregelen⁸ min of meer gelijk gebleven. Op 1 november 2001 kregen 28.000 kinderen en jongeren met één of meerdere maatregelen te maken. Zeven jaar later, in 2008, waren het 28.100 kinderen. Voorbeelden van niet-institutionele zorg maatregelen: contactpersonen en -gezinnen, gezinseducatie, gezinstherapie, telefonische hulp, processen om de band tussen ouders en jonge kinderen te versterken, gestructureerde behandelprogramma's voor adolescenten met gedragsproblemen, faciliteiten (accommodatie) voor oudere adolescenten en gestructureerde programma's voor ouderondersteuning.

5.2. De structuur van de jeugdzorg

Inleiding

Wat we in Nederland 'jeugdzorg' noemen, heet in Zweden *child and youth care* (kinderen en jongerenzorg). In Zweden valt deze zorg onder het welzijnsbeleid. De drie lagen van de Zweedse overheid (nationaal, regionaal and lokaal) hebben elk een verantwoordelijkheid voor dit welzijnsbeleid.

Nationaal

Op nationaal niveau hebben het Ministerie van Integratie en Emancipatie en het Ministerie van Gezondheid en Sociale zaken elk verantwoordelijkheden op het gebied van het welzijnsbeleid. Het eerstgenoemde ministerie is bijvoorbeeld verantwoordelijk voor de coördinatie van het nationale jeugdbeleid dat erop gericht is om alle jongeren tussen de 13 en 25 jaar de kans te geven een redelijk welzijnsniveau te bereiken en invloed te hebben. Deze doelen van het Zweedse jeugdbeleid werden omschreven in het wetsontwerp "*The Power to Decide – the Right to Welfare*" dat in 2004 door de *Riksdag* (het Zweedse parlement) werd aangenomen. Kans op welzijn betekent dat jonge mensen de mogelijkheid moeten hebben om een goede psychische en fysieke gezondheid te ontwikkelen en te behouden. Jongeren moeten ook toegang hebben tot een redelijke materiële, sociale en culturele levensstandaard. Ze moeten beschermd worden tegen een slechte behandeling en tegen lastigvallen en misdaad.

⁸ De niet-institutionele zorgmaatregelen: formele niet-institutionele zorgprogramma's volgens de *SoL*; individuele ondersteuning volgens de *SoL*; een contactpersoon/ gezin volgens de *SoL*; contact persoon en behandeling volgens de *LVU*.

Kans op invloed houdt in dat jongeren de mogelijkheid moeten hebben om invloed uit te oefenen op de algemene ontwikkeling van belangrijke processen in de maatschappij, hun eigen leven (bijvoorbeeld huisvesting, school en werkomgeving) en hun directe omgeving (vriendenkring en familie). De *Riksdag* heeft het Zweedse jeugdbeleid in vijf hoofdthema's opgedeeld om de reikwijdte en de grenzen van het beleid duidelijk aan te geven: gezondheid en veiligheid; onderwijs; werkgelegenheid; participatie; cultuur en vrije tijd. In Nederland vallen deze gebieden ook onder het jeugdbeleid.

In Zweden is het Ministerie van Gezondheid en Sociale Zaken verantwoordelijk voor basale welzijnszaken, zoals sociale voorzieningen, kinderrechten en (openbare) gezondheidszorg en medische zorg. Eén van de doelen van het Zweedse beleid op het gebied van de sociale voorzieningen is het verbeteren van de bescherming van risicokinderen. Daarnaast houden een deel van de huidige prioriteiten van het Zweedse kinderrechtenbeleid verband met wat we in Nederland onder de jeugdzorg verstaan. Deze prioriteiten die voor vijf jaar zijn bepaald, zijn onder meer het verbeteren van de ondersteuning voor ouders, het bevorderen van de psychische gezondheid van kinderen en de aanpak van geweld tegen kinderen. Meer over deze prioriteiten in paragraaf 5.3.

De nationale overheidsagentschappen van Zweden

Zweden kent ongeveer 300 overheidsagentschappen. Deze overheidsagentschappen zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van beslissingen die de *Riksdag* en de overheid nemen. Met betrekking tot de jeugdzorg zijn de volgende drie agentschappen belangrijk:

1. *Ungdomsstyrelsen* (Nationaal Agentschap voor Jongerenzaken) is het overheidsagentschap dat gemeenten ondersteunt bij de ontwikkeling en uitvoering van jeugdbeleid. Dit agentschap zorgt er voor dat jongeren toegang hebben tot invloed en welzijn door subsidies te verlenen aan lokale overheden en jongerenorganisaties en door het ontwikkelen en verspreiden van kennis over de leefomstandigheden van jongeren. Ook is dit overheidsagentschap verantwoordelijk voor de *follow-up* van het nationale jeugdbeleid door telkens na te gaan hoe en of de algemene doelen uit de vijf genoemde thema's van het jeugdbeleid behaald worden.
2. *Socialstyrelsen* (Nationaal Agentschap voor Gezondheid en Welzijn) is één van de agentschappen van het Ministerie van Gezondheid en Sociale Zaken. Dit agentschap werkt om ervoor te zorgen dat alle inwoners van Zweden een redelijk niveau van sociaal welzijn en een goede gezondheid hebben en evenveel toegang tot maatschappelijke zorg. Dit agentschap en de provinciale besturen (die later besproken zullen worden) zijn samen toezichthouder van de sociale voorzieningen in de gemeenten. In deze is *Socialstyrelsen* hoofdverantwoordelijk en zijn de provinciale besturen verantwoordelijk voor het controleren van de uitvoering op regionaal niveau. Vanaf 1 januari 2010 worden de verantwoordelijkheden van de provinciale besturen met betrekking tot het toezicht en de controle van sociale voorzieningen overgenomen door *Socialstyrelsen*, omdat de overheid wil dat het toezicht meer efficiënt en meer uniform wordt in het gehele land.

3. SiS (*Statens institutionsstyrelse*; Agentschap van instellingen) opereert ook vanuit het Ministerie van Gezondheid en Sociale Zaken. Dit agentschap is verantwoordelijk voor het toezicht op zorgactiviteiten. Een andere opdracht van dit agentschap is het ontwikkelen van behandelmethodes en het vergroten van de vaardigheden van het behandelend personeel van residentiële instellingen. SiS is verder belast met de evaluatie van verschillende behandelmethodes. SiS biedt verschillende behandelingen aan en beheert in verschillende delen van Zweden twee vormen van opvang aan jonge mensen die op een of andere manier 'de weg kwijt zijn'. Ook ondersteunt SiS de gemeentelijke sociale voorzieningen om voor elk kind dat gedwongen hulpverlening krijgt toegewezen de juiste plek en behandeling te bepalen. Wat SiS rondom jongeren doet is verder het meedenken als de gemeentelijke voorzieningen op zoek zijn naar een plek voor een adolescent met gedragsproblemen.

Andere bestuursniveaus

Op regionaal niveau is Zweden opgedeeld in 21 provincies die elk een bestuur en een gouverneur hebben. Het bestuur controleert of de beslissingen van de overheid en de *Riksdag* de best mogelijke resultaten opleveren in de betreffende provincie. Op het gebied van welzijn controleert het bestuur of de wet op de sociale voorzieningen juist wordt toegepast door de gemeentelijke welzijnscommissies. Het bestuur is voornamelijk verantwoordelijk voor het operationele toezicht op de sociale voorzieningen in de gemeenten. Deze verantwoordelijkheid delen de 21 besturen met de *Socialstyrelsen* die op landelijk niveau verantwoordelijk is. Vanaf 1 januari 2010 wordt die verantwoordelijkheid (toezicht en observatie) echter overgenomen door *Socialstyrelsen*.

Lokaal niveau

Zweden heeft 290 gemeenten. Zweedse gemeenten hebben een vergaande autonomie. Dit betreft onder andere het gemeentelijk jeugdbeleid en het beleid op sociale voorzieningen. Het gemeentelijk jeugdbeleid kan bijvoorbeeld op de nationale doelen zijn afgestemd, terwijl de praktische uitvoering ervan gebaseerd is op de lokale situatie en omstandigheden. Deze autonomie van de lokale overheid beperkt de invloed van de centrale overheid op de uitkomsten van haar nationale jeugdbeleid. Verder kunnen gemeenten hun activiteiten rondom het welzijn van kinderen organiseren op een manier die hen het beste past, mits ze daarmee aan de basisvoorwaarden van *SoL* (Zweedse afkorting voor de wet op de sociale voorzieningen) voldoen.

Elke gemeente is verantwoordelijk voor de sociale voorzieningen binnen haar grenzen. De gemeentelijke raad wordt in haar werk ondersteund door een aantal commissies, zoals de welzijnscommissie. Deze welzijnscommissies – die bestaan uit direct gekozen politici – voeren de sociale voorzieningen aan. Dat houdt in dat het werk van de maatschappelijk werkers in de gemeenten beheerst wordt door de lokale politiek en dientengevolge afhankelijk is van de standpunten van de politieke meerderheid in de gemeente.

Met betrekking tot jeugdzorg zijn er twee wetten die de taken en verantwoordelijkheden van de welzijnscommissie regelen:

- *SoL* (Zweedse afkorting voor de wet op de sociale voorzieningen). Volgens deze wet kan de welzijnscommissie ouders en kinderen hulp aanbieden als zij daarom vragen. De commissie moet onder andere “de verantwoordelijkheid nemen voor het aanbieden van zorg en dienstverlening, informatie, therapie, ondersteuning en hulp, financiële ondersteuning en verdere hulp voor gezinnen en individuen”. Verder is er in april 2008 een speciale toevoeging in de *SoL* opgenomen waarin staat dat de commissie kinderen en jongeren ook na het verlaten van de zorg de benodigde ondersteuning moet bieden⁹.
- *LVU* (Zweedse afkorting voor de wet betreffende gedwongen jeugdzorg). Deze wet is een aanvulling op *SoL* in situaties waarin de vrijwillige ondersteuning die onder deze wet aangeboden kan worden niet volstaat. Een voorwaarde voor de gedwongen hulp onder de *LVU* is dat de benodigde hulp niet op vrijwillige basis gegeven kan worden. De *LVU* kan dus worden ingezet om ouders en kinderen hulp te accepteren. In de praktijk betekent deze gedwongen hulpverlening meestal een uithuisplaatsing van het kind of de jongere. Als de gemeentelijke welzijnscommissie bepaalt dat een jongere uit huis geplaatst moet worden en zich beroept op deze wet, dient de gemeentelijke welzijnscommissie een aanvraag in bij de provinciale rechtbank. De taken van deze rechtbank zijn van belang voor de toegang tot zorg en worden in de volgende paragraaf beschreven.

5.3. Beleid en Aanpak

De toegang tot zorg

Er bestaat een verschil tussen *SoL* en *LVU* wat betreft de toegang tot zorg. Volgens *SoL* is de gemeente uiteindelijk verantwoordelijk dat alle individuen in de gemeente de zorg en ondersteuning krijgen die ze nodig hebben. De welzijnscommissie beslist over de toegang tot zorg onder *SoL*. De meeste beslissingen kunnen gedelegeerd worden aan een maatschappelijk werker of een leidinggevende of een zorgteam; hierover heeft elke gemeente zelf beslissingsrecht. Een maatschappelijk werker kan bijvoorbeeld besluiten om een onderzoek te starten en zo nodig een vrijwillig zorgtraject aanbieden aan het gezin.

Onder de *LVU* worden beslissingen over het uit huis plaatsen van kinderen zorg door de welzijnscommissie en de provinciale rechtbank samen gemaakt. Deze wet wordt (dus) van kracht als blijkt dat vrijwillige maatregelen/zorg (zoals aangeboden onder *SoL*) niet volstaan.

⁹ Een deskundige van *Socialstyrelsen* meldt echter dat dit meer een zogenaamde beleidsformulering is dan een lijst van concrete rechten. *Socialstyrelsen* publiceerde in juni 2009 een aantal richtlijnen over het belang van een zorgvuldige planning vóór het verlaten van de zorg. Daarbij werd aanbevolen de mogelijkheid van zowel praktische (bijvoorbeeld accommodatie) als psychische ondersteuning (bijvoorbeeld in de vorm van een contactpersoon) te overwegen.

In de volgende twee zaken moet gedwongen hulp worden ingezet:

- Bij zogenaamde ‘gedragszaken’: als de adolescent een gevaar voor zichzelf vormt door het vertonen van sociaal destructief gedrag zoals criminele activiteiten of drugsgebruik
- In zogenaamde ‘omgevingszaken’: als hiaten in de zorg of andere omstandigheden thuis een risico vormen voor de ontwikkeling of gezondheid van de adolescent.

Als de welzijnscommissie van mening is dat een jongere het best geholpen is met zorg onder *LVU* zal zij een aanvraag indienen bij de provinciale rechtbank. De rechtbank neemt de zaak in overweging en beslist dan of de jongere uit huis geplaatst moet worden. Het onderzoek dat aan de beslissing voorafgaat, moet objectief en onpartijdig zijn en op echte feiten gebaseerd zijn. In noodgevallen (als er levensgevaar dreigt of de gezondheid van het kind in het geding is) kan de voorzitter van de commissie het kind per direct uit huis laten plaatsen. Deze beslissing dient binnen een week door de rechtbank bevestigd te worden. In beroep gaan tegen een beslissing van deze rechtbank kan bij het gerechtshof (*the administrative court of appeal*). Elke uithuisplaatsing onder de *LVU* moet trouwens elke zes maanden geëvalueerd worden door de welzijnscommissie.

Het recht op zorg/de plicht om zorg te verlenen

De rollen van de gemeenten en de gemeentelijke welzijnscommissies in de zorg voor kinderen staan in *SoL* en *LVU* beschreven. *SoL* bevat algemene richtlijnen voor gemeenten voor hun verplichtingen op het gebied van sociale voorzieningen. Ook de taken en verantwoordelijkheden van de welzijnscommissies op het gebied van jeugdzorg staan erin beschreven. Zij moeten bijvoorbeeld “de verantwoordelijkheid nemen voor het aanbieden van zorg en dienstverlening, informatie, therapie, ondersteuning en hulp, financiële ondersteuning en verdere hulp voor gezinnen en individuen”.

Verder staat er in de sectie over speciale zorg voor kinderen en jongeren dat de welzijnscommissie intensief samenwerkt met gezinnen om te zorgen dat kinderen en adolescenten die zich ongunstig lijken te ontwikkelen de juiste ondersteuning en bescherming ontvangen en, als dit voor het kind het beste is, uit huis worden geplaatst om elders een gepaste opvoeding te genieten. Ook noemden we al de toevoeging aan *SoL* van april 2008 waarin staat dat de commissie kinderen en adolescenten tevens moet ondersteunen bij en na het verlaten van de zorg. Kortom, volgens *SoL* is de welzijnscommissie verantwoordelijk voor zowel jeugdwerk als wat in Nederland onder jeugdzorg wordt verstaan.

De plaatselijke rechtbank en de welzijnscommissie spelen, zoals gezegd, een rol bij beslissingen rondom toegang tot zorg onder de *LVU*. Deze wet schrijft voor dat de welzijnscommissie beslist over de organisatie van de zorg en de verblijfplaats van de jongere. Ook moet de commissie officieel de zorg beëindigen als dit onder de *LVU* niet langer nodig is. Over het algemeen stelt deze wet dat bij ‘omgevingszaken’ de zorg eindigt als het kind 18 wordt, en bij ‘gedragszaken’ met 21 jaar.

Relevante (actuele) onderwerpen

In acht nemend wat er in Nederland onder jeugdzorg verstaan wordt, zijn er een paar onderwerpen die hier besproken moeten worden:

Programma's voor specifieke doelgroepen

In Zweden zijn er de afgelopen paar jaar verschillende activiteiten ontwikkeld voor verschillende doelgroepen, zoals voor meisjes en jonge vrouwen en jonge werkzoekenden. De laatste doelgroep is een direct gevolg van de recente verschuiving in het Zweedse jeugdbeleid; de overheid en de Riksdag leggen aanzienlijk meer nadruk op maatregelen gericht op jonge mensen met minder kansen.

Prioriteiten in kinderrechtenbeleid

In het voorjaar van 2008 presenteerde de Zweedse overheid het stuk '*Child policy - a policy for children's rights*' aan de Riksdag. In dit stuk staan de prioriteiten van het Zweedse kind(errechten) beleid waarvan sommige gerelateerd zijn aan de jeugdzorg:

- Betere ondersteuning van ouders

De Zweedse overheid acht het van belang dat ouders gedurende de hele kindertijd van hun kinderen doorlopend ondersteuning moeten kunnen krijgen. Er bestaat een wettelijke verplichting tot het bieden van opvoedingsondersteuning; de verantwoordelijkheid voor de verschillende vormen van opvoedingsondersteuning ligt hoofdzakelijk bij de gemeenten en provinciale besturen. Momenteel vindt opvoedingsondersteuning plaats in de vorm van zwangerschaps cursussen en cursussen voor ouders van kinderen tot een jaar. Deze worden voornamelijk georganiseerd binnen het kader van de kraam- en zuigelingenzorg en de "gezinscentra". Het beter ondersteunen van ouders is ook een prioriteit van het huidige kinderrechtenbeleid; of beter gezegd "opvoedingsondersteuning, ondersteunende en educatieve activiteiten ontwikkelen voor ouders met kinderen in verschillende leeftijdsgroepen, in verschillende leefomstandigheden en met verschillende behoeften". De overheid is bezig met de uitvoering van een hervorming van het gezinsbeleid om ouders te helpen meer macht te hebben over hun eigen leven en er zijn plannen voor een landelijke strategie voor opvoedingsondersteuning.

- De aanpak van geweld tegen kinderen

In Zweden hebben kinderen wettelijk recht op bescherming tegen alle vormen van fysiek en psychisch geweld binnen en buiten het gezin. De staat is verplicht dit recht voor elk kind in Zweden te waarborgen. Ook hebben autoriteiten, die zich met hun activiteiten (onder andere) richten op kinderen en jongeren, de plicht om alle gevallen die hen ter ore komen waarbij de welzijnscommissie mogelijk in moet grijpen om een kind te beschermen direct bij deze commissie te melden. Vooral instellingen die daadwerkelijk in aanraking komen met kinderen hebben een meldingsplicht als zij denken dat een kind gevaar loopt en maatschappelijke ondersteuning nodig heeft.

Op dit moment is de aanpak van geweld tegen kinderen één van de prioriteiten van het Zweedse kinderrechtenbeleid. De Zweedse overheid vindt het belangrijk om de bescherming van kinderen tegen alle vormen van geweld te verbeteren en heeft daarvoor verschillende processen in gang gezet. Eén van deze maatregelen is het ontwikkelen van een programma om de aanpak van geweld tegen kinderen vanuit de publieke sector en de non-profit sector te coördineren voor betere resultaten. Ook is er een actieplan ontwikkeld tegen seksuele uitbuiting van kinderen.

5.4. De unieke aanpak van Zweden: de contactpersoon en het contactgezin

De Zweden welzijnsinstellingen kennen een groot scala aan interventies om gezinnen in stressvolle situaties te ondersteunen, waaronder 'contact personen'. *SoL* verplicht gemeenten om in ieder geval contactpersonen of gezinnen paraat te hebben als mogelijke interventie. De wet zegt daarover: "de [welzijns] commissie heeft de mogelijkheid om iemand aan te wijzen (een contactpersoon) of een gezin om het individu en de andere gezinsleden te helpen met hun persoonlijke problemen, als het individu er om vraagt of ermee instemt". Voor kinderen tot vijftien jaar moet de verzorger toestemming geven voor het inschakelen van een contactpersoon. Voor kinderen vanaf vijftien jaar mag een contactpersoon alleen ingeschakeld worden als het kind er persoonlijk om vraagt of ermee instemt. De *LVU* schrijft verder voor dat kinderen tussen de vijftien en twintig jaar als gevolg van hun gedrag "regelmatig contact moeten houden met een speciaal benoemde contactpersoon" zonder dat ze daar mee in hoeven te stemmen.

De contactpersoon kan de kinderen helpen met huiswerk, problemen met ze bespreken, constructieve activiteiten met ze ondernemen na schooltijd of ze helpen zelfstandig te wonen. De contactpersoon werkt daarbij nauw samen met de ouders en ondersteunt ze waar nodig. "De term 'contactpersoon' wordt gebruikt als iemand, zonder zijn of haar eigen familie te betrekken, dagelijks contact heeft met het kind of de adolescent". Een 'contactgezin' echter, is "een gezin dat een of twee weekends per maand en eventueel een paar weken in de zomer een kind bij hen thuis ontvangt, of als er tijdelijk opvang nodig is omdat de situatie thuis niet houdbaar is."

Iedereen heeft het recht om een contactpersoon of gezin aan te vragen maar de maatschappelijk werker bepaalt of dat ook wenselijk is. Na een analyse van wat een kind of gezin nodig heeft stellen sociale instellingen vaak voor om een contactpersoon of gezin in te schakelen. Maar de rechtbank kan ook beslissen dat er verplicht een contactpersoon aangewezen wordt, als het bijvoorbeeld voor het kind wenselijk is dat er iemand aanwezig is als hij of zij een (drugsgebruikende/gewelddadige) ouder bezoekt of als scheidende ouders ruzie maken over omgangsregelingen. De contactpersoon is echter geen oplossing als de situatie thuis zo negatief is of de problemen zo ernstig dat uithuisplaatsing dreigt. De maatschappelijk werker wijst een contactpersoon of gezin aan, maar de familie van de cliënt kan wel een bekende of bevriend gezin noemen als mogelijkheid. Elke zes maanden wordt het werk van de contactpersoon geëvalueerd en het verband kan jaren standhouden. Contactpersonen/ gezinnen zijn geen beroepskrachten maar ze krijgen wel een vergoeding en ze moeten officieel goedgekeurd en gecontroleerd worden door de sociale diensten.

Toen de *SoL* werd ingevoerd, was het contactgezin een uiting van de verschuiving naar “totaalaanpak”, “vrijwillige diensten”, “recht op zelfbeschikking” en “normalisering” en preventieve maatregelen. De verwachting was dat het contactgezin na een bepaalde periode op natuurlijke wijze van positie zou veranderen en genormaliseerd zou worden als deel van het nieuwe netwerk van het gezin en dat deze voorziening uiteindelijk door vrijwilligers of bewoners zelf georganiseerd zou worden in buurten en op andere plekken. Inmiddels is het een zeer gangbare niet-institutionele maatregel. Op 1 november 2008 werd er aan ongeveer 21.200 van de 28.100 kinderen en jongeren die niet-institutionele zorg ontvingen een contactpersoon of gezin toegewezen. Het feit dat deze maatregel een zeer veel gebruikte niet-institutionele maatregel is geworden, en dat de cliënten en contactpersonen beiden zeer tevreden zijn over deze specifieke maatregel die uitgevoerd wordt door niet-beroepskrachten, maakt het programma een unieke benadering.

5.5. Samenvatting

- Zweedse gemeenten hebben een vergaande autonomie. Dit geldt voor het jeugdbeleid en voor het beleid op het gebied van de sociale voorzieningen die samen de onderwerpen beslaan die in Nederland onder jeugdzorg vallen. De lokale autoriteiten mogen bijvoorbeeld zelf weten hoe zij activiteiten voor jeugdwelzijn organiseren, mits wordt voldaan aan de basisvoorwaarden van de *SoL* (Zweedse afkorting voor de wet op de sociale voorzieningen).
- Volgens deze wet zijn de welzijnscommissies verantwoordelijk voor het jeugdwerk en voor de zaken die in Nederland onder de jeugdzorg vallen.
- De *SoL* schrijft voor dat de welzijnscommissie ouders en kinderen ondersteuning en hulp kan bieden op vrijwillige basis. Bij gedwongen hulpverlening is de wet voor de zorg voor jongeren (*LVU*) van toepassing.
- Het feit dat deze maatregel een zeer veel gebruikte niet-institutionele maatregel is geworden, en dat de cliënten en contactpersonen beiden zeer tevreden zijn over deze specifieke maatregel die uitgevoerd wordt door niet-beroepskrachten, maakt het programma een unieke benadering.

6. De geestelijke gezondheidszorg en voorzieningen voor gehandicapte kinderen

Tijdens de ontwikkeling van deze quickscan kwam de volgende kwestie op; in hoeverre zijn geestelijke gezondheidszorg en instellingen voor LVG jongeren (licht verstandelijk gehandicapte jongeren) verbonden aan of geïntegreerd met het sociale zorgsysteem voor kinderen en jongeren in de landen uit dit onderzoek? In Nederland is dit een zeer actueel thema. In verband met de complexiteit van het onderwerp hebben we besloten er een apart hoofdstuk aan te wijden. Het beschrijven van de voorzieningen voor gehandicapte kinderen of de geestelijke gezondheidsdiensten van deze landen zou alleen al een compleet onderzoek op zich kunnen zijn. Daarom hebben we ervoor gekozen om ons, waar mogelijk, te concentreren op de banden en samenwerking met de reguliere jeugdzorg.

6.1. Engeland

In het kader van de verbetering van de zorg voor jongeren met een handicap of psychische problemen zijn twee recente ontwikkelingen in Engeland van groot belang. Ten eerste is dat de introductie van het *Every Child Matters* programma dat uitgebreid beschreven is in hoofdstuk 2. De tweede belangrijke ontwikkeling is de invoering van een ‘nationaal kader voor kinderen, jongeren en kraamzorg’ door de *Department of Health* in dezelfde periode als ECM (2004). Dit kader (*National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services/NSF*) is een tienjarig programma dat zich richt op een duurzame verbetering van de jeugdgezondheidszorg. De NSF bestaat uit elf standaarden. Deze standaarden moeten gevolgd worden door de *National Health Service* (NHS) en de lokale autoriteiten. De standaarden zijn in drie categorieën onderverdeeld. De eerste bestaat uit standaarden voor alle kinderen. De tweede categorie zijn standaarden voor kinderen met psychische problemen of gehandicapte kinderen. De laatste categorie is voor alle kraamzorgvoorzieningen.

Geestelijke gezondheidszorg voor kinderen

Over de geestelijke gezondheid en het psychisch welzijn van kinderen en jongeren staat in standaard 9 van de NSF:

“All children and young people from birth to their 18th birthday who have mental health problems and disorders, have access to timely, integrated, high quality, multidisciplinary mental health services to ensure effective assessment, treatment and support, for them and their families”

Het Ministerie van Gezondheid en *DSCF* (*Department for Children, Schools and Families*) zijn samen verantwoordelijk voor de bewaking van de geestelijke gezondheid van alle kinderen en jongeren en de toegang tot geestelijke gezondheidszorg. Het aanbieden van *multi-agency* dienstverlening is de kern van de geestelijke jeugdgezondheidszorg (*CAMHS*). Dit omvat alle voorzieningen die bijdragen aan de geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren vanuit de gezondheidszorg, het onderwijs, het maatschappelijk werk of andere sectoren. *CAMHS* zorg wordt geleverd vanuit een strategisch raamwerk met vier niveaus (vergelijkbaar met eerstelijns en tweedelijns voorzieningen).

Op niveau 1 worden diensten aangeboden door beroepskrachten en anderen die niet gespecialiseerd zijn in de geestelijke gezondheidszorg (medische staf op school, maatschappelijk werkers). Op niveau 2 worden diensten aangeboden door specialisten in de geestelijke gezondheidszorg die opereren vanuit algemene voorzieningen (bijvoorbeeld scholen of jeugdinstituten). Niveau 3 verwijst naar multidisciplinaire teams in geestelijke gezondheidsvoorzieningen of poliklinische psychiatrische klinieken en op niveau 4 opereren de gespecialiseerde psychiatrische behandelcentra. Vooral op niveau 1 en 2 wordt voor en met voorzieningen voor kinderen en jongeren gewerkt en deze zijn dan ook een geïntegreerd onderdeel van de toegang tot zorg (volgens het *managed care* model). Niveau 3 en 4 zijn voor het grootste deel de verantwoordelijkheid van de *NHS*. Op dit niveau wordt de samenwerking gewaarborgd via de *Children's Trust*. Een van de belangrijkste strategieën is het voorkomen van onnodige intensievere interventies op niveau 4; een geïntegreerd werkproces is daarom essentieel.

Kinderen met een handicap

Voorzieningen voor kinderen met een handicap vallen onder de verantwoordelijkheid van de lokale autoriteiten en zijn een vast onderdeel van *Every Child Matters*. Op het niveau van de centrale overheid is de zorg voor jongeren met een handicap de gedeelde verantwoordelijkheid van het *Department of Health* en *DCSF*. Gehandicapte kinderen zijn zowel nationaal als lokaal een prioriteit. De twee departementen publiceerden in 2007 samen het beleidsdocument '*Aiming High for Disabled Children (AHDC): Better support for families*'. De overheid ondersteunt beroepskrachten, managers en jeugdinstituten bij het uitvoeren van het programma in de vorm van nieuwe financiële regelingen, informatie en andere middelen.

6.2. Duitsland

Geestelijke gezondheidszorg voor kinderen

In Duitsland worden kinderen met psychische stoornissen in jeugdpsychiatrische ziekenhuizen geplaatst. Kinder- en jeugdpsychiatrie is hier een aparte sector en maakt geen deel uit van de *Jugendhilfe*. In het *SGB VIII* is echter wel opgenomen dat kinderen met psychische problemen recht hebben op hulp en dat *Jugendamt* hen dient te ondersteunen door ze in contact te brengen met kinder- en jeugdpsychiatrie of psychologische zorg. De *Jugendamt* is verantwoordelijk voor de coördinatie van de zorg voor kinderen en moet daarom contact houden met de voorzieningen.

In Duitsland is het gedwongen opnemen van patiënten in een psychiatrisch ziekenhuis in principe verboden volgens het *BGB* (Duitse Burgerlijk Wetboek) van 1906, met uitzondering van individuen die een gevaar vormen voor zichzelf of voor anderen. De psychische gezondheid van kinderen en jongeren valt in Duitsland onder het Ministerie van Gezondheid.

Kinderen met een handicap

Mensen met een handicap, die hulp of zorg in huis, technologische hulpmiddelen en/of aanpassingen in huis nodig hebben om te kunnen functioneren in het dagelijks leven, hebben recht op voorzieningen volgens de volgende sociale wetten:

- Sociaal Wetboek XII (SGB XII) – Sociale Ondersteuning

De zogenaamde integratieondersteuning wordt aangeboden vanuit de sociale ondersteuning (Sociaal Wetboek XII). Dit programma is opgenomen in het hoofdstuk over “ondersteuning in bijzondere omstandigheden”. Het doel van deze hulp- die het subsidiariteitsbeginsel volgt- is het leveren van adequate hulp en financiële ondersteuning voor mensen die laagdrempelige en begeleide huisvesting, vervoer of technische hulpmiddelen nodig hebben. Uiteindelijk richt de integratieondersteuning zich op het inbedden van participatie in de maatschappij en onderwijs, beroepsopleidingen en werk. Doelgroepen zijn, onder andere, kinderen en jongeren met een ernstige handicap en hun gezinnen die om financiële redenen geen toegang hebben tot particuliere zorg.

Dit sociale ondersteuningsstelsel en de daarbij behorende integratieondersteuning voor gehandicapten is gebaseerd op het principe van wijkgerichte ondersteuning en zorg. De prioriteit zou echter niet veel waard zijn als de uitvoering ervan tot onevenredig hoge kosten zou leiden vergeleken met institutionele zorg. De term “onevenredig hoge kosten” is echter niet gespecificeerd en exacte bedragen worden niet genoemd; de verantwoordelijke partijen beslissen op basis van individuele cases en het sociale budget van de regio. In de praktijk zijn de autoriteiten eerder terughoudend en nemen beslissingen die mogelijk lagere kosten met zich meebrengen, terwijl mensen met een handicap officieel recht hebben om te kiezen tussen verschillende soorten institutionele zorg of ondersteuning thuis.

- Het Sociaal Wetboek IX (SGB IX)– Rehabilitatie en Participatie van mensen met een handicap
Dit biedt een kader voor alle sociale instellingen en voorzieningen voor gehandicapte burgers en hun families. Verder is er speciale aandacht voor gehandicapte kinderen (en vrouwen) of het risico lopen gehandicapt te raken.

Verder beschrijft het eerder genoemde *SGB VIII* verschillende voorzieningen (*Leistungen* genoemd) waaronder de ondersteuning voor geestelijk gehandicapte kinderen en jongeren en extra voorzieningen. Veel inwoners van Duitsland zijn van mening dat het onderscheid tussen het SGB IX en SGB VIII (die beiden reguleringen bevatten voor voorzieningen voor mensen met een handicap) niet logisch is en niet in het belang van kinderen werkt. De rol van het *Jugendamt* met betrekking tot kinderen met een handicap lijkt niet verder te strekken dan het zijn van een doorverwijsorgaan.

6.2. Noorwegen

Geestelijke gezondheidszorg voor kinderen

Sinds de jaren negentig van de vorige eeuw staat de geestelijke jeugdgezondheidszorg hoog op de agenda van de Noorse overheid. Kinderen en jongeren met ernstige gedragsproblemen zijn bijvoorbeeld sinds die tijd een prioriteit voor het Ministerie van Jeugd en Emancipatie. Slechte resultaten voor deze groep vroegen om overheidsinterventies, omdat kinderen met gecompliceerde behoeftes niet terecht konden bij andere voorzieningen, zoals de geestelijke gezondheidszorg. Er was veel vraag naar effectieve interventies in de aanpak van gedragsproblemen bij kinderen en adolescenten. De overheid introduceerde verschillende maatregelen voor de doelgroep zoals het bevorderen van onderzoek naar manieren om ernstige gedragsproblemen te verminderen en positief gedrag te stimuleren en de ontwikkeling van nieuwe methodes. Er werden onder andere nieuwe evidencebased methodes geïmplementeerd in het veld van de ernstige gedragsproblemen bij kinderen en adolescenten in verschillende leeftijdsgroepen, zoals de eerder genoemde *PMTO* en *MST*. Verder staat in het huidige landelijke gezondheidsplan voor Noorwegen voor de periode 2007-2010 dat “het in de toekomst noodzakelijk is om behandelmethodes en follow-up programma’s te ontwikkelen voor kinderen en adolescenten met geestelijke gezondheidsproblemen, met als doel de competenties en professionele omgeving in het veld van de geestelijke jeugdgezondheidszorg op gemeentelijk niveau te versterken”.

In Noorwegen is het Ministerie van Gezondheid en Zorg verantwoordelijk voor het leveren van adequate en passende zorg voor iedereen in Noorwegen, ongeacht woonplaats of financiële situatie en voor de bevordering van de algemene gezondheid. Dit ministerie is ook verantwoordelijk voor de geestelijke gezondheidszorg. Preventieve activiteiten en het aanbieden van verzorging en zorgvoorzieningen is een taak van de gemeenten in Noorwegen. Zij zijn verder verantwoordelijk voor het voorzien in redelijke gezondheidszorg van hoge kwaliteit en sociale ondersteuning voor iedereen die daar behoefte aan heeft, ongeacht hun diagnose of leeftijd. De gemeenten zijn daarom een belangrijke schakel in de levering en coördinatie van voorzieningen voor mensen met psychische problemen. Hun opdracht is om een breed en gevarieerd aanbod van basisgezondheidsdiensten op te zetten waaronder een groot deel voorzieningen die tevens psychische zorg kunnen bieden aan kinderen en adolescenten. Volgens de Wet op de basisgezondheidszorg van 1982 zijn de gemeenten verplicht zorg en behandeling te bieden aan alle individuen binnen hun grenzen, inclusief gezondheidsbevorderende activiteiten en preventie en noodhulp en migrantengezondheidszorg. Deze voorzieningen omvatten basisvoorzieningen, preventieve behandelingen en:

- Klinieken voor moeders en kinderen tot de schoolgaande leeftijd, die ook advies en therapie aanbieden. Deze klinieken werken verplicht samen met huisartsen, andere gemeentelijke voorzieningen en met de gespecialiseerde gezondheidszorg.

- Schoolgezondheidsdiensten voor kinderen en jongeren tot 20 jaar die werken ter bevordering van de psychische en fysieke gezondheid en goede leefomstandigheden en ter preventie van ziektes en schade. De schoolgezondheidsdienst helpt leerlingen bij gezondheidsproblemen die hun schoolprestaties belemmeren. Er wordt ook sociale en psychosociale ondersteuning in de schoolomgeving aangeboden vanuit deze dienst. De schoolgezondheidsdienst werkt waar nodig samen met leerlingen en ouders, de school en andere specialisten
- Jongerenklinieken die een integraal individueel preventief aanbod hebben. Dit aanbod bestaat ondermeer uit een mentale gezondheidsscreening.

De geestelijke gezondheidszorg moet dus lokaal en in de regio opgebouwd worden en beschikbaar zijn. De gespecialiseerde psychiatrische diensten moeten op hun beurt deze gemeentelijke diensten ondersteunen en zorgen voor onderzoek en behandelingen op het gebied van de ernstigere gevallen/stoornissen. Vanaf 2002 is de centrale overheid verantwoordelijk voor het opzetten van deze gespecialiseerde diensten. Daartoe zijn toen de vier regionale *Regional Health Authorities* (RHAs) opgericht. Elke *RHA* is verantwoordelijk voor de aanwezigheid van gespecialiseerde gezondheidsdiensten in de eigen regio. In alle regio's zijn centra voor psychische gezondheidszorg voor kinderen en adolescenten opgezet. De taken van de centra zijn onder andere, het bieden van therapie, methodiekontwikkeling, het doen van onderzoek en het geven van onderwijs. Er is veel nadruk op samenwerking met ontwikkelingscentra op het gebied van jeugdwelzijn en andere sectoren die met kinderen werken.

Kinderen met een handicap

Op nationaal niveau is een van de onderwerpen van het Ministerie voor Kinderen en Emancipatie 'mensen met een handicap'. De brochure '*Children and young people with disabilities – what are the family's rights?*' laat zien dat de verantwoordelijkheden van lokale overheden en andere organisaties op het gebied van kinderen met een handicap in veel wetten aan de orde komen. Sommige rechten en de wetten waarop ze gebaseerd zijn, zijn van toepassing op alle kinderen terwijl andere zich puur uitspreken over het onderwijs voor kinderen met een handicap. Er zijn verschillende rechten en wetten van toepassing op deze groep. In Noorwegen heeft bijvoorbeeld iedereen die langdurig, gecombineerde zorg nodig heeft, recht op een persoonlijk plan dat alles beschrijft wat het kind nodig heeft en hoe hieraan kan worden voldaan. Het doel van zo'n plan is om een zo compleet mogelijk, gecoördineerd en op het individu aangepast zorgpakket samen te stellen en om één hoofdverantwoordelijke aan te wijzen die het hele proces en de follow-up coördineert. Het welzijnsbureau is verantwoordelijk voor voorzieningen voor kinderen met een handicap en/of hun gezin. Het welzijnsbureau biedt financiële ondersteuning, adviseert en begeleidt en verwijst naar andere relevante organen.

Andere taken van dit welzijnsbureau zijn:

- Het plaatsen van kinderen in instellingen of andere voorzieningen die 24-uurs zorg bieden
- Het toewijzen van een contactpersoon om individuen of gezinnen te ondersteunen die daar behoefte aan hebben als gevolg van, onder andere, een handicap
- Het bieden van praktische hulp en training, waaronder persoonlijke hulp, aan individuen of gezinnen die daar behoefte aan hebben als gevolg van, onder andere, een handicap
- Het economisch ondersteunen van mensen die een uitzonderlijke zorgtaak vervullen voor familieleden

Deze voorzieningen zijn uitsluitend bedoeld voor individuen die niet in staat zijn voor zichzelf te zorgen of die compleet afhankelijk zijn van praktische of persoonlijke hulp om te kunnen functioneren. Over het algemeen is de organisatie van deze voorzieningen per gemeente anders georganiseerd. Met andere woorden, de gemeente is vrij om de organisatie naar eigen wens in te vullen mits voldaan wordt aan de wettelijke verplichtingen. De wensen van de gebruiker hebben daarbij veel invloed. Tegenwoordig hebben veel gemeenten een verdeling gemaakt in een inkoopkantoor en de dienstverlenende instanties die beslissen welke en hoeveel zorg er verleend wordt. Deze beslissing wordt meestal gebaseerd op een onderzoek van een maatschappelijk werker of verzorgende. Meestal worden de cliënt en/of de gezinsleden van de cliënt betrokken bij het onderzoek, maar de uiteindelijke beslissing ligt bij de gemeente. Er kan in beroep worden gegaan tegen deze beslissing bij de *Fylkesmann*. De *Fylkesmann* is in principe het beroepsorgaan voor voorzieningen die onder de Noorse welzijnswet vallen. Het recht op voorzieningen is niet onbeperkt; een onderzoek zal enerzijds gaan over de bestaande behoeften en anderzijds over de beslissing over de zorg die geleverd moet worden.

In Noorwegen zijn noch de zorg voor kinderen met een handicap noch de geestelijke jeugdgezondheidszorg vastgelegd in de eerder genoemde Jeugd welzijnswet. Het enige wat wel vastgelegd is, is dat de eerder genoemde *County Committee for Social Affairs* mag besluiten om een kind met speciale behoeftes of een handicap te laten behandelen door een reguliere instelling als blijkt dat de ouders niet in staat zijn het kind de behandeling en of begeleiding te geven die het nodig heeft. In dergelijke gevallen kan er een verordening tot gedwongen behandeling opgemaakt worden. Als deze verordening er is zal het kind in een tehuis of, als de handicap van het kind het vereist, behandelklinik geplaatst worden.

6.4. Zweden

Alle mensen in Zweden hebben een fundamenteel recht op medische zorg, behandeling, rehabilitatie en medische ondersteuning. Voor mensen met ernstige functionele beperkingen betekent dit dat ze het recht hebben op genoeg ondersteuning om een zo normaal en onafhankelijk mogelijk leven te leiden.

Geestelijke gezondheidszorg voor kinderen

In Zweden is de geestelijke gezondheidszorg onderdeel van de gezondheidszorg en de medische zorg. De verantwoordelijkheid voor een goede gezondheidszorg en sociale voorzieningen voor mensen met een psychische stoornis en geestelijke beperkingen ligt deels bij de centrale overheid en deels bij de provincie en gemeenteraden.

- De rol van de centrale overheid is het opstellen van principes en richtlijnen voor de zorg en de politieke agenda te bepalen in de sectoren gezondheidszorg en medische zorg. Op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg is de centrale overheid vooral verantwoordelijk voor het formuleren van een wetgeving die de ontwikkeling van een adequaat en veilig zorgsysteem beschermt en bevordert en voor de verspreiding van kennis. De overheid heeft een aantal middelen ter beschikking om hieraan te voldoen, zoals het doen van voorstellen voor nieuwe wetgeving, het opstellen van verordeningen om bestaande wetgeving te verhelderen en het geven van specifieke opdrachten aan overheidsagentschappen. Op nationaal niveau is het Ministerie van Gezondheid en Sociale Zaken verantwoordelijk voor de (geestelijke) gezondheidszorg.
- Op nationaal niveau is een aantal overheidsagentschappen actief, waaronder de eerder genoemde *Socialstyrelsen*. Dit agentschap is door de overheid aangesteld als deskundig en controlerend orgaan en is onder andere verantwoordelijk voor het aangeven van richtlijnen voor zorg en behandeling aan autoriteiten.
- De verantwoordelijkheid voor het leveren van gezondheidszorg is in Zweden gedecentraliseerd naar de provincieraden en, in sommige gevallen, de gemeenteraden. In de Gezondheid en Medische Zorgwet staat dat elk provinciebestuur moet streven naar een goede gezondheid voor de gehele bevolking en goede gezondheidsdiensten en medische zorg beschikbaar moet stellen voor alle inwoners in de provincie. Psychiatrische behandeling is, zoals gezegd, onderdeel van de gezondheidszorg. De gemeenteraden hebben relatief kleine zorggebieden en zijn daarom gegroepeerd in zes zorgregio's. Eén van de redenen om deze regio's in te stellen is om de samenwerking tussen de zeer gespecialiseerde zorginstellingen te verbeteren. De gezondheidszorg kan opgesplitst worden in eerstelijns en gespecialiseerde zorg:
 - Eerstelijnszorg: Eerstelijnszorg vormt de basis van de (medische) gezondheidszorg en is er op gericht het merendeel van de patiënten te kunnen helpen, in de vorm van medische behandeling, zorg, preventieve maatregelen en/of rehabilitatie. In de eerstelijnszorg zijn meerdere beroepsgroepen vertegenwoordigd, zoals dokters, (kinder)verpleegkundigen en maatschappelijk werkers. LVG kinderen, jongeren en volwassenen vallen vaak ook onder de eerstelijnszorg.
 - Specialistische zorg wordt vaak geleverd door provinciale en regionale ziekenhuizen. Patiënten die niet behandeld kunnen worden in de eerstelijnsvoorzieningen, omdat daar niet de juiste middelen of vaardigheden rondom diagnostiek en/of behandeling aanwezig zijn, worden doorverwezen naar specialistische psychiatrische zorg.

In Zweden is de gemeente verplicht om ondersteuning en diensten aan te bieden aan mensen die klaar zijn met hun medische behandeling en uit het ziekenhuis ontslagen worden. De gemeente is ook verantwoordelijk voor de huisvesting, werkgelegenheid en ondersteuning van mensen met psychiatrische beperkingen. Ze hebben bovendien bepaalde bevoegdheden en mogelijkheden tot dwang volgens de bepalingen van de eerder genoemde *LVU*.

De geestelijke gezondheid van kinderen en jongeren staat hoog op de Zweedse agenda. De Zweedse overheid heeft in dat kader al verschillende maatregelen geïntroduceerd om een slechte geestelijke gezondheid onder jongeren te voorkomen, bijvoorbeeld door kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen toegankelijker te maken en door de ontwikkeling van een virtuele internetkliniek voor jongeren te ondersteunen. Daarnaast hebben kinderen en jongeren de hoogste prioriteit in het huidige overheidsbeleid rondom het versterken van de psychiatrische zorg. De overheid heeft tevens een verdrag gesloten met de *Swedish Association of Local Authorities and Regions* over de gezamenlijke ontwikkeling van modellen voor het eerste contact met kinderen en jongeren in de *front offices* van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, zoals de lokale gezondheidscentra, jeugdklinieken, schoolgezondheidsdiensten, prenatale - en kinderklinieken.

Kinderen met een handicap

De nationale, regionale en lokale overheid zijn in Zweden samen verantwoordelijk voor de gezondheid en sociale en financiële zekerheid van mensen met een handicap:

- De centrale overheid is belast met de wetgeving, algemene planning en verspreiding en de verzekering. Verschillende ministeries zijn betrokken bij het de sectoroverschrijdende gehandicaptenbeleid van de centrale overheid. Het Ministerie van Gezondheid en Sociale Zaken coördineert het gehandicaptenbeleid.
- Verschillende overheidsagentschappen, waaronder *Socialstyrelsen* (Nationaal Agentschap voor Gezondheid en Welzijn), houden zich bezig met gehandicaptenbeleid. Zij zijn verantwoordelijk voor het beschermen van de rechten en wensen van gehandicapte burgers door het coördineren, ondersteunen en bevorderen van deze rechten en wensen in hun contacten met andere autoriteiten. Deze verantwoordelijkheid ligt bij de sociale voorzieningen en de gezondheidszorg. De nadruk ligt momenteel op twee gebieden: het ontwikkelen van een systeem om de leefomstandigheden van gehandicapte burgers te beschrijven én het verbeteren van de coördinatie van de rehabilitatie.
- De provincieraden zijn verantwoordelijk voor de (medische)gezondheidszorg, inclusief ondersteunende technologie, (re)habilitatie, doventolken en tandheelkundige zorg voor mensen met een bepaalde handicap.
- Zoals gezegd zijn de gemeenten verantwoordelijk voor de sociale voorzieningen. Zij hebben ook de opdracht om elke burger een basiszekerheid te bieden in de vorm van algemene ondersteuning en diensten. Op het gebied van de gezondheidszorg zijn ze verantwoordelijk voor de mensen met een handicap die in instellingen wonen.

Verder zijn gemeenten verantwoordelijk voor het werken aan de huidige en toekomstige behoeftes van hun inwoners, bijvoorbeeld voor huisvesting met aandacht voor de speciale behoeftes van mensen met een handicap.

Zweden kent geen wet waarin alle rechten van mensen met een handicap staan. In plaats daarvan zijn er in bepaalde wetten clausules opgenomen waarin de rechten van gehandicapten gespecificeerd staan, zoals:

- de *Education Act* waarin de eisen voor het onderwijs voor mensen met een handicap zijn opgenomen;
- de *Health and Medical Services Act* waarin de verplichte gezondheidsvoorzieningen voor mensen met een handicap zijn opgenomen. Het gaat hierbij om hulpmiddelen voor het dagelijks leven, voor zorg en voor behandeling en persoonlijke ondersteunende middelen voor het volgen van onderwijs. Sociale verzekeringsmaatschappijen en arbeidsbureaus zijn verantwoordelijk voor ondersteunende middelen voor mensen met een verminderde geschiktheid om te werken. De voorwaarden en procedures die ten grondslag liggen aan de toewijzing van hulpmiddelen worden in Zweden op uiteenlopende manieren toegepast. Er is echter geen recht om een bepaald hulpmiddel zonder meer te eisen.
- In drie verschillende wetten staan de verantwoordelijkheden van de provincieraden en gemeenten met betrekking tot mensen met een handicap en specifieke psychische problemen:
 - de *Assistance Benefit Act (LASS)*: via deze wet krijgen mensen die veel zorg nodig hebben (meer dan 20 uur per week) ondersteuning.
 - de *Act concerning Support and Service for Persons with Certain Functional Impairments (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS; de afkorting voor de Zweedse wet op ondersteuning en dienstverlening voor mensen met bepaalde functionele beperkingen)*. De LSS is een wet die de rechten beschrijft van mensen met ingrijpende en permanente functionele beperkingen, inclusief mensen met autisme of een vergelijkbare stoornis. Deze wet geeft hen recht op bijzondere zorgvoorzieningen die ze nodig zouden kunnen hebben naast de voorzieningen waar ze op grond van de andere wetten recht op hebben. Individuen moeten aan de criteria voldoen die in de wet omschreven staan om voor de maatregelen uit de wet in aanmerking te komen; ze moeten afhankelijk zijn van steun om de dagelijkse activiteiten te kunnen volbrengen en ze mogen niet op een ander manier steun verkrijgen. Verder worden de zorgmaatregelen in deze wet alleen uitgevoerd als daar om gevraagd wordt door de ontvanger.

Tien maatregelen voor ondersteuning vallen onder deze wet, waarbij de provincies verantwoordelijk zijn voor de eerste maatregel en de gemeenten voor de overige negen:

1. Therapie en andere persoonlijke ondersteuning
 2. Persoonlijke ondersteuning
 3. Gezelschapsservice voor cliënten die niet voor persoonlijke ondersteuning in aanmerking komen;
 4. Persoonlijk contact;
 5. Thuishulp;
 6. Kortdurend verblijf buitenshuis
 7. Buitenschoolse opvang voor schoolkinderen van 12 jaar en ouder (voor en na school en tijdens de schoolvakanties);
 8. Residentiële opvang in gezinshuizen of huizen met speciale zorg voor kinderen en jongeren die niet volledig thuis kunnen wonen;
 9. Residentiële woonvoorzieningen met speciale zorg voor volwassenen of andere aangepaste residentiële voorzieningen;
 10. Dagbesteding voor mensen met een intellectuele beperking die niet kunnen werken of studeren.
- *SoL*: Mensen die niet onder *LSS* vallen kunnen ondersteuning vragen bij de gemeente en zich beroepen op de eerder besproken *SoL* (de wet op de sociale voorzieningen).

6.5. Conclusies

- Geestelijke gezondheidszorg staat hoog op de agenda's in Engeland, Noorwegen en Zweden.
- In Noorwegen en Zweden wordt onderscheid gemaakt tussen eerstelijns gezondheidszorg dat op lokaal niveau lijkt te worden aangeboden en meer gespecialiseerde zorg die op regionaal niveau georganiseerd wordt. Verschillende soorten lokale eerstelijnsaanbieders richten zich op kinderen en adolescenten.
- In alle landen uit de quickscan spelen gemeenten een rol bij het aanbieden van bepaalde zorg voor mensen met psychische problemen.
- In Duitsland, Noorwegen en Zweden zijn er meerdere wetten die op voorzieningen en diensten voor mensen met een handicap van toepassing zijn.
- In Zweden beschrijft de *LSS* de rechten van mensen met ingrijpende en permanente functionele beperkingen, inclusief mensen met autisme of een vergelijkbare stoornis.
- Engeland heeft het meest geïntegreerde systeem voor kinderen met een handicap en geestelijke gezondheidszorg, als deel van of verbonden met de *children's services*.

7. Mogelijke lessen uit het buitenlandse beleid en de systemen

7.1. Inleiding

Er zijn veel parallellen tussen Nederland en de landen die zijn beschreven in de landenfiches. In alle landen is veel aandacht voor beleid om te voorkomen dat kinderen ‘buiten de boot’ vallen, vaak ideologisch geïnspireerd door het Verdrag inzake de Rechten van het Kind. Het is ook duidelijk dat in de beschreven landen het systeem en het stelsel om kinderen te helpen constant in beweging en verandering zijn. Overall is de zorg – dat in Nederland onder jeugdzorg valt – onderdeel van het publieke en overheidsdebat. Het lijkt een universele trend dat ouders veel sneller dan vroeger de hulp van *experts* inroepen en minder vertrouwen op hun eigen kunnen of terug kunnen vallen op een sociaal netwerk om hen heen. In kranten en tijdschriften komt dit regelmatig terug: “help, opvoeden lukt niet meer” (De Standaard) en “ouders vertrouwen niet meer op hun eigen ervaringen” (Der Spiegel). Het lijkt er op dat er in de beschreven landen sprake is van een toenemend beroep op gespecialiseerde zorg en vooral uithuisplaatsingen. Alleen in Noorwegen lijkt dit niet het geval, maar is er wel veel meer vraag naar hulp in het gezin. Veder is het lastig om de beschikbare cijfers van de bestudeerde landen te vergelijken, omdat de gehanteerde definities van jeugdzorg verschillen.

7.2. Medicalisering

In Nederland wordt over de trend dat meer kinderen (onnodige) zwaardere zorg ontvangen, gesproken als zijnde een vorm van medicalisering. Wij hebben deze terminologie overgenomen in het beschrijven van de systemen in de vier landen. Er is echter door onze experts in deze landen heel veel bezwaar gemaakt tegen deze term; een kwestie van vertaling of van cultuur. Door de Duitse expert werd bijvoorbeeld gezegd dat er geen enkele relatie is met het medische systeem; kinderen in de jeugdzorg zijn niet ziek. In zijn ogen is er eerder sprake van een trend van ‘liever ingrijpen dan helemaal niets doen’ als reactie op een aantal serieuze incidenten met kinderen die al bekend waren in het jeugdzorg systeem. Dit wordt ook gemeld in Engeland, waar sprake zou zijn van een *baby Peter* effect. Dit dodelijk incident met een kind bekend in de jeugdzorg heeft recent geleid tot een grootschalig onderzoek naar het functioneren van het systeem (vier jaar na een soortgelijk incident en onderzoek). Deze trend van sneller en zwaarder ingrijpen, lijkt dus in de meeste landen aanwezig te zijn. Een andere trend die herkend wordt in de bestudeerde landen is de toenemende complexiteit van de samenleving, meer kennis over en herkenning van problemen en betere hulpverlening. Ook in deze landen vindt meer diagnose plaats van indicaties, zoals ADHD. De belangrijkste verschillen met Nederland zijn vooral te vinden in de inrichting in het systeem van zorg voor kinderen en jongeren.

7.3. De structuur van de jeugdzorg

De positionering van jeugdzorg in de beschreven landen is een opvallend verschil met Nederland. Het is ons al eerder opgevallen hoe er in Nederland een duidelijke knip is tussen het zogenaamde algemene, preventieve jeugd beleid aan de ene kant en de jeugdzorg aan de andere kant. De discussie hier in Nederland gaat vooral om de brug tussen deze twee beleidsterreinen. Er wordt gesproken in termen van het ‘voorliggend’ veld of preventief jeugd beleid (preventie van het voorkomen van erger). In de beschreven landen is het terrein van jeugdzorg onderdeel van het gehele jeugd beleid. Dit is terug te vinden in de gebruikte termen zoals *Jugendhilfe* in Duitsland of *Child Welfare* in Noorwegen. Het wordt nog lastiger als er gekeken wordt naar ‘geïndiceerde’ jeugdzorg’, omdat in de meeste landen het systeem van zorg ‘geleidelijker’ wordt opgeschaald en er niet een dergelijk duidelijk moment van indicatiestelling is. Dit wordt waarschijnlijk ook mede ingegeven door het feit dat in Nederland de ene overheidslaag verantwoordelijk is voor de algemene voorzieningen en een andere voor de jeugdzorg. Het is ook opvallend hoe in sommige landen men heel erg bezig is met de juiste terminologie om kinderen te benoemen die jeugdzorg krijgen. Dit is het duidelijkst in Engeland, waar beeldtaal en politiek correct taalgebruik heel belangrijk is. Kinderen die vallen onder een kinderbeschermingsmaatregel zijn niet *children in care*, maar *looked-after children*.

7.4. Overheidsverantwoordelijkheid

In alle vier de beschreven landen heeft de nationale overheid een belangrijke rol en taak in het jeugdzorg systeem, zowel qua beleid als qua wetgeving. In alle landen is er één ministerie direct aansprakelijk voor het systeem. In Duitsland is dit al heel lang het Bondsministerie voor Familie, Senioren, Vrouwen en Jeugd, al ligt de meeste verantwoordelijkheid bij de deelstaten. In Engeland heeft de invoering van *Every Child Matters* ook geleid tot een nieuw ministerie waarin de samenwerking tussen onderwijs, gezins- en jeugd beleid tot uiting komt: *Department for Children, Schools and Families*. Opvallend is verder dat er in geen van de vier beschreven landen sprake is van een echt actieve derde overheidslaag op het terrein van jeugdzorg. Alleen in Duitsland - passend in het federale systeem - zijn er zowel op bonds- als op *Länderniveau* verantwoordelijkheden en ligt de uitvoering op lokaal niveau. In Noorwegen is vijf jaar geleden de laag van de *county* uit het systeem gehaald. Dit gaat in Zweden per 2010 ook gebeuren met als doel meer gelijk en meer efficiënt toezicht op de uitvoerende *social services*. De motivatie voor de veranderingen in Noorwegen is het niet kunnen garanderen dat de hulp aan kinderen die dat nodig hebben, overal adequaat en evenredig is. Nu heeft het centrale ministerie daar het overzicht en ondersteunt daarbij de gemeenten.

Er ligt in de bestudeerde landen veel verantwoordelijkheid op lokaal niveau. De aansturing van de lokale overheid door de nationale overheid vindt vooral plaats via wetgeving. In de wetten zijn taken en verantwoordelijkheden van de lokale overheden vastgelegd, zoals in Nederland bijvoorbeeld het geval is in het kader van de WMO (prestatieveld 2). De invulling van de verantwoordelijkheden is in de beschreven landen echter verschillend. Er is wel sprake van één (overheids)dienst die verantwoordelijk is voor het beleid en vaak ook voor de (coördinatie) van de uitvoering: het *Jugendamt* (Duitsland), de *Children’s Services* (Engeland), of *Child Welfare Service/Committee* (Noorwegen/Zweden).

Een opvallend verschil met Nederland is dat in alle vier de landen de (nationale en lokale) overheid een veel grotere betrokkenheid en regie heeft in het aanbod van voorzieningen. Er is sprake van een grotere sturing vanuit die overheid. Dit is ook terug te vinden in wetgeving (zie de paragraaf over het recht op zorg). In de Scandinavische landen gaat dit heel ver, er is bijvoorbeeld ook een groot – verplicht – aanbod van opvoedingsondersteuning voor alle ouders. In Engeland is de overheidsbemoediging een onderdeel van het publieke debat en wordt er regelmatig geageerd tegen de ‘nanny state’.

7.5. Beleid, aanpak en toegang tot zorg

In alle vier de landen is er in het beleid sprake van veel aandacht voor de samenwerking tussen de verschillende voorzieningen. Soms is dit een gang van zaken die al helemaal zit ingebakken in het systeem – zoals het *Jugendamt* in Duitsland - en in sommige gevallen is dit een expliciet doel van nieuw ingezet beleid. Dit is het meest duidelijk in het *Every Child Matters* programma in Engeland, waarin samenwerking tussen de verschillende instanties tot verplicht benoemd is in de wet.

Daarnaast kennen alle landen een zogenaamde ‘vrijwillige route’ en een ‘gedwongen’ route naar/door het jeugdzorg systeem. De wettelijke route is het kinderschermingsbeleid; een opvallende overeenkomst tussen de vier landen en Nederland. In de beschreven landen is er echter sprake van veel aandacht voor en nadruk op het vrijwillige aanbod voor kinderen en ouders. In Engeland is dit weer expliciet gemaakt door het *managed care* model van de ruitwissler, waarin het de bedoeling is dat ouders en kinderen zoveel mogelijk door de algemene voorzieningen worden geholpen en vroegtijdige *assessment* er voor moet zorgen dat lichtere hulp sneller beschikbaar komt. In Noorwegen en Zweden is dit helemaal ingeburgerd in het systeem mede door het (verplichte) aanbod van opvoedingsondersteuning als universeel aanbod. Dit aanbod blijft bestaan tijdens alle fasen van de kinder- en jongerentijd en ‘groeit’ mee met de ouders en het kind.

Opvallend is dat in alle vier de landen de uitvoering van de ‘vrijwillige’ en de ‘gedwongen’ route naar/door het jeugdzorg systeem ligt bij dezelfde (overheids)instantie op lokaal niveau. Het zijn wettelijk gescheiden trajecten, maar wel binnen dezelfde organisatie. Het zou interessant zijn om verder te bestuderen hoe ouders aankijken tegen deze organisaties en het feit dat deze verantwoordelijk zijn voor de gedwongen en vrijwillige hulpverlening. Hierover hebben we in de literatuur niets teruggevonden.

Tijdens het schrijven van deze quickscan kwam een additionele vraag naar voren hoe de geestelijke gezondheidszorg en de LVG-zorg is georganiseerd in de beschreven landen, vooral of deze onderdeel uitmaken van het jeugdzorgsysteem. Er was niet voldoende tijd om heel erg diep op deze vraag in te gaan, omdat het ook in de beschreven landen hele complexe systemen zijn. Wat welk duidelijk is, dat (een deel van de) verantwoordelijkheid ligt op het lokale niveau en dat er in ieder geval sprake is van samenwerking met andere overheidslagen en/of aanbieders.

Er is tenminste een rol voor de lokale voorzieningen zoals het *Jugendamt* om door te verwijzen. Daarnaast zijn in Noorwegen en Zweden diverse lokale partijen betrokken bij het bieden van *primary mental health care* (eerste lijn geestelijke gezondheidszorg). De meest vergaande integratie (en verplichting tot samenwerking) lijkt te bestaan in Engeland. De LVG zorg is onderdeel van *Every Child Matters* en de samenwerking met 'mental health care' is geregeld in de *Children's Trust*.

7.6. Recht op zorg

Er is in de beschreven landen eerder sprake van een verplichting tot het leveren van bepaalde zorg of voorzieningen dan van een recht op zorg door de gebruiker. Alleen in het Duitse *Jugendhilfe Gesetz* is er sprake van een recht op ondersteuning voor ieder kind en jongere zodat er sprake is van een goede ontwikkeling om een volwaardig functionerende volwassene te kunnen worden.

Het is opvallend dat in de relevante wetgeving m.b.t. jeugdzorg of algemeen jeugdbeleid in de vier landen veel verder wordt gegaan in het beschrijven van verplichtingen en verantwoordelijkheden van (lokale) overheid en organisaties in het aanbod aan ouders en kinderen dan in Nederland.

In veel landen is het aanbod wettelijk vastgelegd en is ook vastgelegd welke voorzieningen er aanwezig moeten zijn. Uit literatuur blijkt niet of dit als belastend wordt ervaren. In Engeland geven de *local authorities* aan dat het verplichte raamwerk voldoende ruimte biedt om er lokale prioriteiten en invulling aan te geven. De lokale overheden zijn ook bij wet verantwoordelijk voor een groter aanbod dan alleen dat wat in Nederland onder jeugdzorg valt. Er is echter wel een verschil in de grootte van gemeenten in de bestudeerde landen; in Noorwegen heeft meer dan de helft van de gemeenten minder dan 5.000 inwoners, terwijl gemeenten in Engeland meestal meer dan 300.000 inwoners hebben.

We zijn niet veel informatie tegengekomen over wachtlijstenproblematiek in de jeugdzorg. Het is niet zo dat er geen wachtlijsten zijn (in Engeland wordt bijvoorbeeld gesproken over *waiting time* van enkele weken in relatie tot zaken van gedwongen hulpverlening die voor de rechter moeten komen), maar het lijkt niet een zodanig onderdeel van het politieke en publieke debat zoals in Nederland. Een verklaring zou kunnen liggen in het feit dat verschillende voorzieningen onder de verantwoordelijkheid van een systeem liggen. In Engeland werd dit bijvoorbeeld als verklaring gegeven. De children's services kunnen makkelijker kinderen tijdelijk hulp bieden bij een andere voorziening, omdat dit ook onder hun verantwoordelijkheid valt. Wel is in Noorwegen gezocht naar oplossingen voor de wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg voor jongeren.

7.7. Unieke aanpak

We hebben er voor gekozen om per land een unieke aanpak te beschrijven, vanuit het oogpunt van de discussie in Nederland. Het is een persoonlijke keuze van de schrijvers, gebaseerd op een aanname dat deze aanpak interessant is om nader te bestuderen.

Engeland

Er is gekozen om de *Local Safeguarding Children's Boards* te beschrijven. Dit is een structuur die wettelijk verplicht is en de samenwerking rond het veiligstellen van kinderen organiseert. *Safeguarding* is in Engeland breder dan alleen kinderbescherming, al is dit wel een belangrijk onderdeel. Het gaat bijvoorbeeld ook om veilige routes naar school en het terugbrengen van jonge slachtoffers in het verkeer. De LSCB is zowel een goed voorbeeld van samenwerking rond het veiligstellen van kinderen als van een veel bredere benadering van het begrip kinderbescherming.

Duitsland

Er is gekozen om het model van de *Jugendamt* te beschrijven, omdat deze (overheids)instantie op lokaal niveau zowel verantwoordelijk is voor het algemene jeugdbeleid – ook bijvoorbeeld jongerenwerk – als voor de jeugdzorg. Het *Jugendamt* bestaat al lang en is helemaal ingeburgerd en bekend op lokaal niveau. Interessant in de constructie is dat het *Jugendamt* deels een wettelijk verplicht aanbod heeft (voor de zwaardere gevallen). In het algemene gedeelte voor het jeugd- en jongerenwerk is de lokale overheid autonoom in het kiezen van een aanbieder.

Noorwegen

Noorwegen heeft vijf jaar geleden haar jeugdzorgsysteem gecentraliseerd en de *county* laag er tussen uit gehaald. Om de gemeenten te ondersteunen bij hun beslissingen rond moeilijkere *cases* zijn er door de nationale overheid 26 *Regional Response and Consultation Teams* opgezet van ondermeer psychologen en orthopedagogen die indicaties kunnen stellen en hulp kunnen bieden. Wij hebben nog weinig informatie over het functioneren van deze teams kunnen vinden, maar het lijkt een interessante oplossing als brug tussen de kleine gemeenten en de nationale overheid.

Zweden

Vrijwillige contactpersoon/ contactgezinnen

Dit laagdrempelige, vrijwillige aanbod bestaat al lang in Zweden en lijkt een goede interventie om gezinnen kortdurende ondersteuning te bieden. Dit mede omdat hierdoor beroep op meer intensieve interventies voorkomen kan worden. De contactpersoon kan een bekende zijn van het gezin. Ieder gezin kan aangeven dat ze een beroep willen doen op een contactpersoon. De toewijzing loopt via de lokale 'social service'. Deze vorm van ondersteuning is een goed voorbeeld van laagdrempelige steun in het gezin die kan bijdragen tot voorkomen van het escaleren van zaken.

7.8. Tot slot

De zorg voor kinderen en jongeren die buiten de boot dreigen te vallen is complex. Zoveel wordt duidelijk in het beschrijven van de systemen in de vier landen die wij voor deze quickscan hebben geselecteerd. Het is moeilijk om in korte tijd recht te doen aan de culturele en historische context van de jeugdzorgsystemen in deze landen. Opvallend is wel de universele trends die naar voren komen. De maatschappij is complexer geworden, gezinstructuren zijn veranderd, er is meer nadruk op het belang van het kind en daardoor wordt er sneller ingegrepen. Ook het hulpaanbod is verbeterd en beter bereikbaar voor alle kinderen. Opvoedingsproblemen worden sneller gesignaleerd, niet in de laatste plaats door ouders zelf. Afwijkend gedrag wordt ook sneller geïdentificeerd.

Er zijn andere opvallende vergelijkingen te trekken tussen de beschreven landen en Nederland. Er is meer publieke en politieke discussie over de zorg voor kinderen en een roep voor sneller ingrijpen. Het buiten de boot vallen van kinderen is maatschappelijk onaanvaardbaar in westerse landen. Het is gemakkelijk om geïnspireerd te raken door de landen om ons heen. Het is tegelijkertijd heel erg moeilijk om 'good practices' te kopiëren of elementen over te nemen, omdat ieder land zijn eigen context heeft. Er zijn echter wel een aantal lessen uit het buitenland te leren die de zorg voor kinderen in Nederland kan verbeteren. Wij hopen dat wij met deze quickscan hier aan hebben kunnen bijdragen.

Nederlands Jeugdinstituut
Tijne Berg en Caroline Vink
November 2009

8. Literatuur

Act June 20 2008 No 42 relating to a prohibition against discrimination on the basis of disability (the Anti-Discrimination and Accessibility Act).

Anderberg, P. (2009). ANED country report on the implementation of policies supporting independent living for disabled people. Country: Sweden. Academic Network of European Disability experts (ANED) – VT/2007/005

Andersson, G. (2006). Child and family welfare in Sweden. In: Towards positive systems of child and family welfare- International comparisons of child protection, family service, and community caring systems. Freymond, N. & Cameron, G. (Eds).

Andersson, G., Arvidsson, M.G. (2001) Vad vet vi om insatsen kontaktperson / -familj?. En kunskapsöversikt. Meddelanden Frånsocialhögskolan.

Angloinfo. Notes for the disabled in Germany.

<http://berlin.angloinfo.com/information/32/disabled.asp>

Ärlig, L. Taking of children into care in Sweden in accordance with the Law on the ward of minors (LVU). Translation: Gillian Thylander, B.A. Linda Ärlig is student at Örebro University. She wrote an 80-page paper "The Rhetoric Case" in which she examined the methods of the social workers when they took Liz Edner's child into care. This is an excerpt from that paper.

http://www.nkmr.org/english/taking_children_into_care_in_sweden.htm

Ashing, I. (2009). Being young in Sweden 2009-Eurodiaconia meeting "Youth and inclusion".

Basic Law for the Federal Republic of Germany (Grundgesetz, GG).

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2007). Children, youth and families.

Barnombudsmannen. (2008). The Swedish Corporal Punishment Ban. Updated: 2008-11-01.

<http://www.barnombudsmannen.se/Adfinity.aspx?pageid=90>

BMFSFJ, Ref. 511, Arbeitsgruppe frühe Hilfen/Frühwarnsysteme. (2006). Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme– Aktionsprogramm des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend zum Schutz von Kleinkindern, zur Früherkennung von Risiken und Gefährdungen und zur Implementierung effektiver Hilfesysteme –.

Bufetat. Who does what in Child Welfare?

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2007). Kinder- und Jugendhilfe. Aches Buch Sozialgesetzbuch.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2008). Do 28.05.2009. Kinder- und Jugendhilfe - Was ist das? <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/BMFSFJ/kinder-und-jugend.did=119766.html>

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2009a). Aktiver Kinderschutz – Entwicklung und Perspektiven.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2009b). Fr 29.05.2009 . Frühe Hilfen für Eltern und Kinder und soziale Frühwarnsysteme.
<http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/BMFSFJ/kinder-und-jugend.did=119200.html>

Die Bundesregierung. (2007). Kinder wirksamer schützen. Di, 10.07.2007.
<http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2001-2006/2007/07/2007-07-10-kinder-vor-gefaehrungen-wirksamer-schuetzen.html>

Children Act (2004)

City of Stockholm. (2009). Family and social welfare. Last updated 19 May, 2009.
<http://international.stockholm.se/Stockholm-by-theme/Welfare/>

Committee on the rights of the child. (2007). Fourth periodic reports of States parties due in 2007-Sweden.

Committee on the rights of the child. (2008). Fourth periodic reports of States parties due in 2008-Norway.

Committee on the rights of the child. (2009). Fifty-first session. Written replies by the government of Sweden to the list of issues (crc/c/swe/q/4) prepared by the committee on the rights of the child in connection with the consideration of the fourth periodic report of Sweden.

Commonwealth of Australia (2009a). International Review of Future Planning Options. Chapter 9 - Future planning and private financial provisions in Sweden. Last modified 12 May, 2009.
http://www.fahcsia.gov.au/sa/carers/pubs/Documents/international_review/chap9.htm

Commonwealth of Australia (2009b). International Review of Future Planning Options. Chapter 10 - Future planning and private financial provisions in Germany. Last modified 12 May, 2009.
http://www.fahcsia.gov.au/sa/carers/pubs/Documents/international_review/chap10.htm

Department for Children, Schools and Families, DCSF (2004) Every Child Matters: Change for Children

DCSF, <http://www.dcsf.gov.uk/everychildmatters/>

DCSF (2009) Children's Trust, Statutory Guidance

DCSF (2008) 2020 Children and Young People's Workforce Strategy

DCSF (2006) Working Together to Safeguard Children: a Guide to inter-agency working to safeguard and promote the welfare of Children,

DCSF (2006) What to do if you're worried a child is being abused

DSCF (2008) Statutory Guidance Children's Trusts

Department of Health (2004) National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services, Core Standards

Economic and Social Council (2004). Implementation of the international covenant on economic, social and cultural rights. Fourth periodic reports submitted by States parties under articles 16 and 17 of the Covenant Addendum- Norway.

Hallengren L. (2005). Shaping a new Youth Policy in Sweden. Forum 21. European Journal on Youth Policy, 2005; 4: 47-59.

Handisam (2006). The national action plan. Last updated 12/29/2006.

http://www.handisam.se/Tpl/NormalPage_297.aspx

Helland, H. (2009). Developing and implementing an integrated suite of evidence-based programmes in Norway.

Helsedirektorat.Norwegian Directorate of Health (2009a). Children and young people with disabilities – what are the family's rights?.

Helsedirektorat.Norwegian Directorate of Health (2008). Mental Health Services in Norway. Sist endret: 13.10.2008.

http://www.helsedirektoratet.no/portal/page?_pageid=134,67714&_dad=portal&_schema=PORTAL&_navigation1_parentItemId=2016&_navigation2_parentItemId=2016&_navigation2_selectedItemId=4108&_language=english&_piref134_67721_134_67714_67714.sectionId=&_piref134_67727_134_67714_67714.artSectionId=6469&_piref134_67727_134_67714_67714.articleId=52721

Helsedirektorat.Norwegian Directorate of Health (2009b). Norway and Health. An introduction.

Hiilamo, H. (2008). Promoting Children's Welfare in the Nordic countries. Reports of the Ministry of Social Affairs and Health 2008: 15.

Hill, M., Höjer, I. & Johansson, H. (2008). YIPPEE project. Summary Sweden.

IJAB. (2008). Database for International Youth Work. Germany.

Infosystem Child and Youth Services in Germany. (2009a). Child and Youth Policy in Germany - Structures and Institutions. Last update 24.3.2009. http://kinder-jugendhilfe.org/en_kjhg/cgi-bin/showcontent.asp?ThemaID=4512

Infosystem Child and Youth Services in Germany. (2009b). Child and Youth Services in Germany - Presentation Sheets. Last update 19.3.2009. http://kinder-jugendhilfe.org/en_kjhg/cgi-bin/showcontent.asp?ThemaID=4426

Infosystem Child and Youth Services in Germany. (2009c). Laws Relevant to Children and Young People in Germany. Last update 24.3.2009. http://kinder-jugendhilfe.org/en_kjhg/cgi-bin/showcontent.asp?ThemaID=4796

Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP. (2009). Wachstum. Bildung. Zusammenhalt. Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP 17. Legislaturperiode.

Köhnen, H. (1992) Deutsch – englisches Glossar der Jugendhilfe: ein vergleichendes Handbuch / German – English glossary of youth services: a comparative handbook. Weinheim / München: Juventa Verlag.

Landstinget Västmanland. (2006). Act concerning Support and Service for Persons with Certain Functional Impairments (LSS).

Lovdata. (2009). LOV 1999-07-02 nr 63: Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven). LOV 1999-07-02 nr 63: Law on patient rights (Patients' Rights Act). Database last updated June 12 nov 2009

Ministry of Children and Equality. (2006). Welcoming address at the conference "Early interventions for infants and small children in families at risk". Oslo 27. april 2006. http://www.regjeringen.no/en/dep/bld/Whats-new/Speeches-and-articles/other-political-staff/tidligere_statssekretaer_oeie/2006/welcoming-address-at-the-conference-earl.html?id=437471

Ministry of Children and Equality. (2007). The rights of parents of small children.

Ministry of Children and Equality. (2008). Creating a safe environment for children. 15.01.2008. http://www.regjeringen.no/en/dep/bld/Whats-new/Speeches-and-articles/minister/barne_og_likestillingsminister_ramin_osm/2007/Creating-a-safe-environment-for-children.html?id=488526

Ministry of Children and Equality. (2009). Act of 17 July 1992 No. 100 Relating to Child Welfare Services (The Child Welfare Act). As subsequently amended, most recently by Act of 19 June 2009 No. 45.

Ministry of Children and Equality. (a). Act relating to councils for persons with disabilities. <http://www.regjeringen.no/en/dep/bld/Topics/disabled-people/act-relating-to-councils-for-people-with.html?id=511796>.

Ministry of Children and Equality. (b). Anti-discrimination. <http://www.regjeringen.no/en/dep/bld/Topics/disabled-people/discrimination.html?id=85900>

Ministry of Children and Equality. (c). Children and youth.

<http://www.regjeringen.no/en/dep/bld/Topics/Children-and-youth.html?id=1015>

Ministry of Children and Equality. (d). Child welfare.

<http://www.regjeringen.no/en/dep/bld/Topics/Child-welfare.html?id=1058>

Ministry of Children and Equality. (e). Child welfare service.

<http://www.regjeringen.no/en/dep/bld/Topics/Child-welfare/Child-welfare-service.html?id=476334>

Ministry of Children and Equality. (f). Duties and responsibilities related to child welfare.

<http://www.regjeringen.no/en/dep/bld/Topics/Child-welfare/Duties-and-responsibilities-related-to-c.html?id=476333>

Ministry of Children and Equality. (g). In-home child welfare assistance.

<http://www.regjeringen.no/en/dep/bld/Topics/Child-welfare/in-home-child-welfare-assistance.html?id=492927>

Ministry of Children and Equality. (h). Ministry home.

<http://www.regjeringen.no/en/dep/bld.html?id=298>

Ministry of Children and Equality. (i). Persons with disabilities.

<http://www.regjeringen.no/en/dep/bld/Topics/disabled-people.html?id=987>

Ministry of Health and Care Services. (a). Municipal health and care services.

<http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/Subjects/municipal-health-and-care-services.html?id=10903>

Ministry of Health and Care Services. (b). Psychiatric health.

<http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/Subjects/psychiatric-health.html?id=11695>

Ministry of Health and Care Services. (2007). National Health Plan for Norway.

Ministry of Health and Social Affairs. (2001). Social Services Act (2001:453).

Ministry of Health and Social Affairs. (2005). The Care of Young Persons Act (1990: 52).

Ministry of Health and Social Affairs. (2007). Health and medical care in Sweden.

Ministry of Health and Social Affairs. (2008). Making children feel secure and involved.

Ministry of Health and Social Affairs. (2009a). Areas of responsibility. Last updated 05 May 2009.

<http://www.sweden.gov.se/sb/d/2061/a/16432>

Ministry of Health and Social Affairs. (2009b). Children's rights policy. Last updated 05 August 2009.

<http://www.sweden.gov.se/sb/d/10895/a/110043>

Ministry of Health and Social Affairs. (2009c). Mental health care. Last updated 13 June 2009.
<http://www.sweden.gov.se/sb/d/2950/a/25717>

Ministry of Health and Social Affairs. (2009d). Organisation and resources of the health service. Last updated 11 June 2009. <http://www.sweden.gov.se/sb/d/4114/a/26469>

Ministry of Health and Social Affairs. (2009e). Rights of the child in Sweden. Last updated 17 July 2009. <http://www.sweden.gov.se/sb/d/10895/a/129867>

Ministry of Health and Social Affairs. (2009f). Social services policy. Last updated 05 August 2009.
<http://www.sweden.gov.se/sb/d/2197/a/15501>

Ministry of Integration and Gender Equality. (2009g). The Swedish Government's youth policy.

Ministry of Integration and Gender Equality. (2009h). Youth policy. Last updated 12 September 2009.
<http://www.sweden.gov.se/sb/d/3781/a/119315>

Norwegian Board of Health Supervision (2009a). Countrywide supervision 2008. Room for improvement in coordination and management of services for vulnerable children.

Norwegian Board of Health Supervision (2009b). Short summary of Report from the Norwegian Board of Health Supervision 5/2009.

Norwegian Centre for Human Rights (2009). Supplementary report 2009 to Norway's fourth report to The Committee on the Rights of the Child.

Norwegian Directorate of Health (2009). An individual plan- a statutory right and a tool for cooperation.

Norwegian Ministry of Children and Equality. Child Welfare Services.
http://www.norway.cn/About_Norway/policy/Equal-Opportunities/children/welfare/

Norwegian Ministry of Health and Care Services (2005). Mental Health Services in Norway Prevention - Treatment – Care.

Norwegian Ministry of Health and Care Services (2006). The Royal Norwegian Ministry of Health and Care Services.

Norwegian Ministry of Local Government and Regional Development (2008). Local government in Norway.

Norwegian Ombudsman for Children (2009). Submission to the Universal Periodic Review of Norway, 6th UPR Session, Nov/Dec 2009.

Nova (2008). Norwegian national and local policies on prevention of violence against children.

Oterholm, Inger(2009). How do the child welfare services in Norway work with young people leaving care?. *Vulnerable Children and Youth Studies*, 4:2, 169 – 175

Pijl, M. & Konijn, C. (2006). *Jeugdzorg in Duitsland*.

Press and Information Office of the Federal Government. (2006). *Working together for Germany – With courage and compassion. Coalition Agreement between the CDU, CSU and SPD 11 November 2005*.

Proposition to the Storting No. 1 (2006-2007). Chapter 6 National Health Plan for Norway (2007-2010).

Regeringsskansliet. Government offices of Sweden (2009a). *A barrier- free society*.

Regeringsskansliet. Government offices of Sweden (2009b). *From vision to action – a policy for mental health*.

Riksrevisjonen (2007). Document no 1 (2007-2008): Still many infringements of the public procurement regulations. Published 23/11/2007.

Riksrevisjonen (2008). Demanding reorganisation of the state child welfare service - Document no. 3:6 (2007-2008). Published 28/04/2008.

SCB. (2008). *Sweden's Population by sex and age on 31/12/2008*

Sis. Statens institutionsstyrelse. (2009). *The National Board of Institutional Care*. Senast ändrad 25 aug 2009. <http://www.stat-inst.se/zino.aspx?articleID=87>

Sis. Statens institutionsstyrelse. (2004a). *Organization*. Senast ändrad 7 sep 2004. <http://www.stat-inst.se/zino.aspx?articleID=89>

Sis. Statens institutionsstyrelse. (2004b). *Our Commission and Clients*. Senast ändrad 7 sep 2004. <http://www.stat-inst.se/zino.aspx?articleID=88>

Sis. Statens institutionsstyrelse. (2004c). *Research & Development*. Senast ändrad 7 sep 2004. <http://www.stat-inst.se/zino.aspx?articleID=95>

Sozialgesetzbuch (SGB) - Achtes Buch (VIII) - Kinder- und Jugendhilfe - (Artikel 1 des Gesetzes v. 26. Juni 1990, BGBl. I S. 1163). Downloaded from: www.juris.de

Socialstyrelsen. (a). *Individual and Family Services – Status Report 2008*.

Socialstyrelsen. (b). *Swedish disability policy*. <http://www.socialstyrelsen.se/english/theswedishhealthwelfaresystem/disability>

Socialstyrelsen. (2002) *Barn och unga – insatser år 2001. Vissa insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)*

Socialstyrelsen. (2003) Barn och unga – insatser år 2002. Vissa insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)

Socialstyrelsen. (2004) Barn och unga – insatser år 2003. Vissa insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)

Socialstyrelsen. (2005) Barn och unga – insatser år 2004. Vissa insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)

Socialstyrelsen. (2006a) Barn och unga – insatser år 2005. Vissa insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)

Socialstyrelsen. (2006b). This is The National Board of Health and Welfare.

Socialstyrelsen. The National board of health and welfare. (2006a). Swedish Disability Policy - Service and Care for People with Functional Impairments. 2006-114-11 Introduction to the Swedish system.

Socialstyrelsen. The National board of health and welfare. (2006b). Swedish Disability Policy - Service and Care for People with Functional Impairments 2006-114-16 Measures under the Act Concerning Support and Service for Persons with Certain Functional Impairments (LSS).

Socialstyrelsen. (2007) Barn och unga – insatser år 2006. Vissa insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)

Socialstyrelsen. (2008) Barn och unga – insatser år 2007. Vissa insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU)

Socialstyrelsen. (2009a) Barn och unga – insatser år 2008. Vissa insatser enligt socialtjänstlagen (SoL) och lagen med särskilda bestämmelser om vård av unga (LVU).

Statisches Bundesamt. (2004). Press release No.342 / 2004-08-17 . Less children and juveniles taken into custody by youth welfare offices.

http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/EN/press/pr/2004/08/PEo4_342_225.psm1

Statisches Bundesamt. (2005). Press release No.351 / 2006-08-30. 2005: Total of minors placed in youth welfare offices' custody remained nearly unchanged.

http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/EN/press/pr/2006/08/PEo6_351_225.psm1

Statisches Bundesamt. (2008a). Bevölkerung. Bevölkerung nach Altersgruppen. Deutschland Aktualisiert am 14. Oktober 2008.

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Zeitreihen/LangeReihen/Bevoelkerung/Content100/lrbev01ga.templateId=renderPrint.psm1>

Statisches Bundesamt. (2008b). Zahl der Woche Nr.021 vom 27.05.2008. Zahl der Sorgerechtsentzüge steigt um 10%.

http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/zdw/2008/PDO8_21_p002.psml

Statisches Bundesamt. (2009). Pressemitteilung Nr.234 vom 25.06.2009. 14% mehr Inobhutnahmen durch Jugendämter im Jahr 2008.

http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Presse/pm/2009/06/PDO9_234_225.psml

Statistics Norway. (2009a). 02.01 Structure. <http://www.ssb.no/english/subjects/02/01/>

Statistics Norway. (2009b). One in four are children below 18. Published 30 April 2009

Svenlin, A. (2009). Contact family action - child welfare or preventive family support?

Sveriges Domstolar. (2005). Care of young people. Last changed: 2005-11-28.

http://www.domstol.se/templates/DV_InfoPage_2360.aspx

Swedish Government Offices- Information Department (2007). County administrative boards. Last updated 29 May 2007. <http://www.sweden.gov.se/sb/d/2102/a/20616>

Swedish Government Offices- Information Department (2009a). The Swedish model of government administration- the local level. Last updated 29 July 2009.

<http://www.sweden.gov.se/sb/d/2858/a/16196>

Swedish Government Offices- Information Department (2009b). The Swedish model of government administration- the regional level. Last updated 29 July 2009.

<http://www.sweden.gov.se/sb/d/2858/a/16193>

Swedish Government Offices- Information Department (2009c). The Swedish model of government administration-three levels. Last updated 29 July 2009. <http://www.sweden.gov.se/sb/d/2858>

Swedish Institute. (2007). Swedish health care. <http://www.sweden.se/eng/Home/Work-live/Society-welfare/Health-care/Facts/Swedish-health-care/>

Swedish Institute. (2008). Swedish disability policy. <http://www.sweden.se/eng/Home/Work-live/Society-welfare/Health-care/Facts/Swedish-disability-policy/>

The Swedish National Board for Youth Affairs. (2008). About the Swedish National Board for Youth Affairs.

Thoburn, J. (a) Inter-country comparisons of children in the public care: Norway.

Thoburn, J. (b) Inter-country comparisons of children in the public care: Sweden.

Tøssebro, J. (2009). ANED country report on the implementation of policies supporting independent living for disabled people. Country: Norway. Academic Network of European Disability experts (ANED) – VT/2007/005

Ungdomsstyrelsen. (2009a). The emergence of youth policy in Sweden.
http://www.ungdomsstyrelsen.se/english_art/o,2683,6780,00.html

Ungdomsstyrelsen. (2009b). The follow-up system of Swedish national youth policy.
http://www.ungdomsstyrelsen.se/english_art/o,2683,7905,00.html

Ungdomsstyrelsen. (2009c). Knowledge about young people – LUPP.
http://www.ungdomsstyrelsen.se/english_art/o,2683,6784,00.html

Ungdomsstyrelsen. (2009d). Objectives and perspectives for Swedish youth policy.
http://www.ungdomsstyrelsen.se/english_art/o,2683,6781,00.html

Ungdomsstyrelsen. (2009e). Swedish national youth policy.
http://www.ungdomsstyrelsen.se/english_kat/o,2685,1413,00.html

Ungdomsstyrelsen. (2009f). Swedish youth policy in a European perspective.
http://www.ungdomsstyrelsen.se/english_art/o,2683,6782,00.html

Ungdomsstyrelsen (2009g). Youth policy in municipalities.
http://www.ungdomsstyrelsen.se/english_kat/o,2685,1414,00.html

Vink, C. (2007). Engelse inspiratie voor het Nederlandse jeugdbeleid. Jeugd en Co Kennis 04-2007

Waldschmidt, A. (2009). ANED country report on the implementation of policies supporting independent living for disabled people. Country: Germany. Academic Network of European Disability experts (ANED) – VT/2007/005

Wissenschaftstadt Darmstadt. Medical matters.
<http://www.darmstadt.de/en/newcomer/medical/index.html>

Wouters, J. (2005) Uithuisplaatsing in Nederland en Zweden. Een vergelijkend onderzoek naar overwegingen in de jeugdzorg.

Youth Partnership. (2008a). Country sheet on youth policy in Norway. Last updated: 01/04/2008.

Youth Partnership. (2008b). Country sheet on youth policy in Sweden. Last updated : 27/02/2008.

Zacherias, D. (2008). The Protection of Mothers in British and German Constitutional Law: A Comparative Analysis and a Contribution to the Implementation of the European Convention on Human Rights in the Domestic Legal Area. *German Law Journal* Vol. 09 No. 01, pp. 27-57.

Het Nederlands Jeugdinstituut

Het Nederlands Jeugdinstituut is het landelijk kennisinstituut voor jeugd- en opvoedingsvraagstukken. Het werkterrein van het Nederlands Jeugdinstituut strekt zich uit van de jeugdgezondheidszorg, opvang, educatie en jeugdwelzijn tot opvoedingsondersteuning, jeugdzorg en jeugdbescherming evenals aangrenzende werkvelden als onderwijs, justitie en internationale projecten.

Missie

Het Nederlands Jeugdinstituut streeft ernaar de gezonde ontwikkeling van jeugdigen en de sociale en pedagogische kwaliteit van hun leefomgeving te bevorderen. Om dat te kunnen bereiken is kennis nodig. Kennis waarmee de kwaliteit en effectiviteit van de jeugd- en opvoedingssector kan verbeteren. Kennis van de normale ontwikkeling en opvoeding van jeugdigen, preventie en behandeling van opvoedings- en opgroei problemen, effectieve werkwijzen en programma's, professionalisering en stelsel- en ketenvraagstukken. Het Nederlands Jeugdinstituut ontwikkelt, beheert en implementeert die kennis.

Doelgroep

Het Nederlands Jeugdinstituut richt zich op iedereen die betrokken is bij het opvoeden en opgroeien van kinderen en jongeren. Dat zijn vooral beroepskrachten, staffunctionarissen en beleidsmakers in de jeugdsector. Opdrachtgevers zijn ministeries, gemeenten, provincies, instellingen en vele andere. Thema's zijn opvoedvragen, kindermishandeling en multiprobleemgezinnen, maar ook zorg- en adviesteams, centra voor jeugd en gezin en de effectiviteit van jeugdinterventies.

Producten

Het werk van het Nederlands Jeugdinstituut resulteert in uitlopende producten zoals een infolijn, websites, tijdschriften, e-zines, databanken, themadossiers, factsheets, diverse ontwikkelings- en onderzoeksproducten, trainingen, congressen en adviezen.

Meer weten?

Met vragen over het Nederlands Jeugdinstituut of zijn beleidsterreinen kunt u op werkdagen van 9 tot 13 uur terecht bij onze Infolijn, telefoon (030) 230 65 64 of via de e-mail info@nji.nl. De afdeling internationaal is te bereiken via internationaal@nji.nl.

Voor de meest actuele informatie: www.nederlandsjeugdinstituut.nl