

## **Visie op de jeugdzorg**

### **Bewust, betrokken en betrouwbaar: het visiedocument van de zorgaanbieders in de jeugdhulpverlening**

Maarten Faas

Een kleine groep ouders en kinderen in ons land heeft professionele hulp nodig en is aangewezen op jeugdzorg. Ongeveer 15% van alle gezinnen doet een keer een beroep op een vorm van maatschappelijke hulpverlening, circa 5% doet een keer een beroep op de jeugdzorg.

Er komt per 1 januari 2005 een nieuwe Wet op de jeugdzorg die een kader moet geven aan alle ontwikkelingen in deze sector. Dit was aanleiding voor de instellingen in de jeugdhulpverlening (die nu worden aangeduid als zorgaanbieders<sup>1</sup>) het visiedocument 'Bewust, betrokken en betrouwbaar' te schrijven. Hierin wordt hun visie op de jeugdzorg en hun positie ten opzichte van actuele ontwikkelingen beschreven. Een belangrijk document voor het sociaal-pedagogische werkveld.

- In paragraaf 1 schets ik kort wat jeugdzorg omvat.
- De ontwikkelingen in de jeugdzorg worden beschreven in paragraaf 2.
- Paragraaf 3 geeft een kort overzicht van de inhoud van de nieuwe Wet op de jeugdzorg.
- De visie van de zorgaanbieders wordt beschreven in paragraaf 4.
- Ik sluit af met een aantal kritische overwegingen in paragraaf 5.

#### **1. Jeugdzorg**

Jeugdzorg is er om kinderen en ouders ondersteuning en hulp te bieden bij ontwikkelings- en opvoedingsproblemen. Jeugdzorg wordt gevormd door de jeugdhulpverlening, de jeugdbescherming, de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen (ggz) en de zorg voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen.

Het Bureau jeugdzorg is de 'voordeur' van de jeugdzorg. Voor sommige cliënten kan het Bureau jeugdzorg volstaan met het geven van informatie, advies of het voeren van enkele gesprekken. Voor het oplossen van ernstige, complexe problemen is vaak intensieve of langdurige hulpverlening noodzakelijk. Het Bureau jeugdzorg bekijkt dan samen met ouders en kind(eren) welke hulpverlening nodig is en zorgt ervoor dat die zo snel mogelijk door een zorgaanbieder wordt uitgevoerd. Zorgaanbieders bieden jeugdzorg op indicatie van het Bureau jeugdzorg: intensieve ambulante hulpverlening, dagbehandeling, pleegzorg en vormen van tijdelijk of vervangend verblijf. Elke provincie<sup>2</sup> heeft een Bureau jeugdzorg, meestal met vestigingen in verschillende gemeenten.

#### **2. Vernieuwing in de jeugdzorg**

Het is van belang het visiedocument van de zorgaanbieders te zien in het perspectief van een aantal belangrijke ontwikkelingen en vernieuwingen in de jeugdzorg de afgelopen twintig jaar. Ook de nieuwe Wet op de jeugdzorg is ontstaan tegen de achtergrond van deze ontwikkelingen. Het zijn er zes: vermaatschappelijking, regionalisering, functionele ordening van de zorg, vraagsturing van de hulpverlening, versterking van de positie van de cliënt en verantwoording van resultaten en effecten.

##### **2.1 Vermaatschappelijking**

Traditioneel was (semi-)residentiële hulp de kern van het aanbod in de jeugdzorg. Vanaf de jaren tachtig wordt gepleit voor hulp zo licht mogelijk, zo kort mogelijk en zo dicht mogelijk bij huis, het zogenoemde zo-zo-zo-beleid<sup>3</sup>. In de vernieuwde jeugdzorg staat ambulante hulp

voorop. Dat betekent dat een zorgaanbieder in ieder geval hulp biedt in de sociale context van het gezin en, indien dit mogelijk is, niet meer binnen de muren van de organisatie (extramuralisering). Voor een deel van de cliënten is ambulante hulp alleen niet toereikend en is er meer (intensieve) hulp nodig. Evenwel ook in die gevallen wordt ambulante hulp geboden samen met andere vormen van hulp. De hulp is en blijft daarbij gericht op het versterken van de mogelijkheden van kinderen en ouders en het netwerk van het gezin.

## **2.2 Regionalisering**

Het aanbod van de jeugdzorg is in de afgelopen twintig jaar steeds sterker regionaal georganiseerd. Bij de invoering van de huidige Wet op de jeugdhulpverlening werden de provincies bestuurlijk regisseur van de jeugdzorg. De zorg moet niet alleen dicht bij huis worden aangeboden. De zorg moet ook een duidelijke plaats hebben in het geheel van regionale jeugd- en zorgvoorzieningen, zodat het netwerk in de leefomgeving van het gezin optimaal kan worden benut.

## **2.3 Functionele ordening**

Er is sprake van een omslag van aanbod- naar vraaggerichte hulpverlening. Dit betekent dat een cliënt een op maat gesneden en samenhangend zorgpakket krijgt. Functionele ordening betekent dat het klassieke hulpverleningsaanbod is gedifferentieerd in eenheden van zorg (modularisering). Die kunnen afzonderlijk of aan elkaar gekoppeld worden aangeboden aan cliënten, afhankelijk van de hulpvraag. Een beschrijving van deze zorgeenheden omvat de activiteiten van de hulpverleners, de methodiek(en), de doelen, de doelgroep én een specificatie van de duur en intensiteit. Het werken met functionele zorgeenheden leidt tot een betere communicatie tussen hulpverlener en cliënt, omdat deze doelen en resultaten van de hulpverlening concreter en transparanter maakt.

## **2.4 Vraagsturing**

Steeds nadrukkelijker staat de vraag van de cliënt en vraagsturing als beleidsprincipe centraal. Door functionele ordening van de hulpverlening kan de cliënt hulp krijgen die flexibel wordt ingezet en aansluit bij zijn hulpvraag. Sturing door de vraag wordt daardoor veel beter mogelijk. Jeugdzorg is professionele dienstverlening. Dat veronderstelt wel dat er een voortdurende dialoog plaatsvindt tussen de cliënt en de professional over de uit te voeren hulpverlening. In die zin moet vraagsturing ook altijd dialoogsturing zijn.

## **2.5 Versterken positie van de cliënt**

In het laatste decennium is de positie van de cliënt op meerdere manieren versterkt. De hulpverlener is verplicht een hulpverleningsplan (vergelijk De Ruyter, 1997) op te stellen dat de cliënt voor akkoord moet ondertekenen. In organisaties voor jeugdzorg hebben cliënten inmiddels een wettelijk vastgelegd recht op medezeggenschap. Met de invoering van de Wet op de jeugdhulpverlening in 1989 werden zaken als privacybescherming, inzagerecht in dossiers en klachtrecht wettelijk verankerd (vergelijk Faas, 1990).

## **2.6 Effectiviteit en resultaatverantwoording**

Effectmeting in de jeugdzorg is niet eenvoudig. Desondanks wordt er meer en meer gestreefd naar het bieden van jeugdzorg waarvan de effectiviteit uit onderzoek is gebleken (vergelijk Van Yperen, 2003). Onderzoek moet duidelijk maken welke methoden voor welke doelgroepen met welke doelen worden gebruikt. Evaluatieonderzoek maakt vervolgens duidelijk in welke mate de beoogde doelgroepen feitelijk zijn bereikt en de gestelde doelen zijn gehaald. Resultaat- en effectmeting worden steeds meer standaard toegepast in het werk van de zorgaanbieders (vergelijk bijvoorbeeld Veerman, 2003 en Van Yperen e.a., 2003). Dit

gebeurt door registratie van de mate waarin hulpverleningsdoelen worden behaald (doelrealisatie) en door cliëntenfeedback en tevredenheidsonderzoek.

Ontwikkelingen in de jeugdzorg	Vernieuwing in de jeugdzorg
Vermaatschappelijking	Ambulante hulpverlening altijd en eerst Extramuralisering van de zorg
Regionalisering	Hulp in het gezin, op school en in de sociale context van de cliënt
Functionele ordening	Zorg op maat
Vraagsturing	Hulpvraag van de cliënt centraal
Versterken positie cliënt	Transparant hulpverleningsplan voor elke cliënt Medezeggenschap cliënten
Verantwoording op resultaten en effecten	Meting van doelrealisatie Cliëntenfeedback Research en evaluatieonderzoek

### 3. Wet op de jeugdzorg

De geschetste ontwikkelingen cumuleren in zekere zin in de nieuwe Wet op de jeugdzorg. De belangrijkste uitgangspunten en regelingen zijn bekend.

#### *Recht op jeugdzorg:*

Kinderen en hun opvoeders krijgen een wettelijk recht op jeugdzorg.

#### *Bureau jeugdzorg:*

Het Bureau jeugdzorg heeft een centrale plaats als de toegang tot de jeugdzorg. Kortdurende ambulante jeugdzorg, advies- en meldpunten kindermishandeling, (gezins)voogdij en jeugdreclassering worden erin samengevoegd. Het Bureau jeugdzorg werkt nauw samen met de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen. Het wordt ook de toegang tot de jeugd-ggz en de civielrechtelijke justitiële jeugdzorg.

#### *Indicatiestelling en zorgtoewijzing:*

Er is één duidelijk omschreven en controleerbaar systeem van indicatiestelling en zorgtoewijzing (Van Wijk, 2002). De hulpvraag van de cliënt moet bepalend zijn voor de zorg die hij krijgt. De zorgaanbieders hebben een acceptatieplicht, ze mogen toegewezen cliënten niet weigeren.

#### *Verplichte samenwerking:*

De provinciaal georganiseerde jeugdzorg werkt nauw samen met en is afgestemd op het lokale jeugdbeleid zoals: (speciaal) onderwijs, jongerenwerk, gezondheidszorg, kinderopvang, maatschappelijk werk, politie en justitie. Samenwerking moet ertoe leiden dat problemen zo veel mogelijk worden voorkomen en als ze toch ontstaan in een vroeg stadium worden signaleerd en aangepakt.

### 4. Missie en visie van zorgaanbieders in de jeugdzorg

Als uitgangspunt voor hun visiedocument nemen de zorgaanbieders de rechten van het kind (Verdrag, 1989). Elk kind heeft een fundamenteel recht op bescherming, veiligheid, voeding,

verzorging, onderwijs, gezondheidszorg, ontspanning, vrijheid, respect en een eigen mening. Voor de zorgaanbieders is essentieel dat ieder kind het recht heeft op te groeien in een gezonde omgeving met een goed pedagogisch klimaat. Indien dit fundamentele recht van elk kind, om zich te ontwikkelen tot een volwaardig burger van onze samenleving, wordt bedreigd dan kan jeugdzorg aangewezen zijn.

De zorgaanbieders stellen om te beginnen de beroepshouding van de hulpverlener voorop. Hulpverleners stellen hun professionele bekwaamheden, kwaliteiten en deskundigheden in dienst van de zorgrelatie met de cliënt. Met andere woorden: de humaniteit heeft het primaat boven de professionaliteit. Hulpverleners respecteren hun cliënten en met name ook de geloofs- of levensovertuiging van hun cliënten.

De hulpverlening die zorgaanbieders leveren heeft volgens hen altijd een viertal kenmerken.

1. De cliënt en diens hulpvraag staan centraal.
2. De hulpverlener werkt vraaggestuurd en resultaatgericht.
3. De hulpverlening vindt zo veel mogelijk plaats in het gezin, in school en in de sociale context van het gezin.
4. De kwaliteit van de hulpverlening is gewaarborgd.

In het visiedocument van de zorgaanbieders worden de kenmerken zoals hierboven opgesomd uitgewerkt op drie niveaus: de cliënt, de hulpverlening en de maatschappelijke context.

#### **4.1 De cliënt**

Hoe kijken zorgaanbieders naar hun cliënten: kinderen en ouders in probleemsituaties?

Kinderen groeien op in het eigen gezin en worden opgevoed door hun ouders. Ouders zijn verantwoordelijk voor de opvoeding en verzorging van hun kinderen. Als ouders met hun kinderen, of jongeren zelf, hulp vragen, zijn zij volwaardige partners in het hulpverleningsproces. In de jeugdzorg heeft het belang van het kind altijd voorrang boven tegenstrijdige belangen van de ouders, de omgeving of de organisatie voor jeugdzorg. De hulpverlening is erop gericht dat ouders zelfstandig en zo goed mogelijk hun kinderen kunnen opvoeden of dat jongeren in de toekomst als zelfstandige volwassenen aan het maatschappelijk leven kunnen deelnemen. Soms kunnen ouders, door wat voor omstandigheden ook, hun verantwoordelijkheid voor de opvoeding (tijdelijk) niet of onvoldoende waarmaken. De jeugdzorg is dan gericht op het herstellen van die verantwoordelijkheid of van de relatie tussen ouders en kind. Als het nodig is dat kinderen tijdelijk buiten de gezinssituatie verblijven, dan wordt altijd gestreefd naar een leefomgeving die zo veel mogelijk aansluit bij het gezin van herkomst. Vormen van pleegzorg verdienen daarbij de voorkeur.

#### **4.2 De hulpverlening**

Volgens de zorgaanbieders moet de hulpverlening altijd vier belangrijke kenmerken hebben.

##### **4.2.1 Hulpverlening is vraaggericht**

In de jeugdzorg staat de hulpvraag of de zorgbehoefte van kind en gezin of de noodzaak tot bescherming van het kind of de jongere centraal. Een hulpverlener stelt in dialoog met de cliënt en op basis van diens vragen en problemen een hulpverleningsplan op. Hierbij is de hulpverlener zich bewust van, en houdt hij rekening met, zijn eigen specifieke verantwoordelijkheid en professionele deskundigheid. De hulpverlener probeert met de cliënt overeenstemming te bereiken over de doelstellingen en over de duur van het hulpverleningsplan, dat cliënt en hulpverlener beiden ondertekenen.

#### **4.2.2 Hulpverlening in de sociale context**

Hoe beter de kwaliteit van het sociale netwerk van gezinnen is, hoe groter de kans dat hulpverlening blijvende effecten heeft en problemen kunnen worden verminderd dan wel opgelost. Hulp vindt daarom zo veel mogelijk plaats in en houdt rekening met de sociale context van de cliënt. De zorgaanbieders streven ernaar om hulpverlening zo veel mogelijk te geven in het gezin, in de school en in de sociale context van het gezin. Het zogenoemde ‘in-in-in-principe’, ontleend aan het rapport ‘Zorg en Jeugd’ (Kwakkelstein e.a., 2002). Hulpverlening vindt nooit geïsoleerd plaats, omdat ze niet alleen effect moeten hebben op het kind, maar ook op het gezin, de familie, de school en de leefomgeving.

#### **4.2.3 Hulpverlening is multidisciplinair en integraal**

De cliënt heeft recht op goede en deskundige zorg. Dat betekent dat verschillende disciplines (pedagogische, gezinsgerichte, gedragswetenschappelijke of medische) betrokken (kunnen) worden bij de zorg aan de cliënt. Immers: elk probleem in de opvoeding heeft betrekking op verschillende domeinen: lichaam, cognitie, emotie, persoonlijkheid, gedrag, gezin, sociaal netwerk en omgeving (vergelijk Handboek KWIS, 2001). Algemeen wordt verondersteld dat hulpverlening alleen maar blijvende effecten heeft, indien condities en omstandigheden die problemen in stand houden op meerdere domeinen tegelijk worden aangepakt. Door de aandacht te richten op alle stress- en risicofactoren, maar ook op protectieve factoren in een probleemsituatie, wordt een integrale diagnostiek en hulpverlening gerealiseerd. De jeugdzorg moet daarbij overigens voldoen aan kwaliteitsstandaarden die zijn vastgesteld of die uit literatuur en onderzoek zijn af te leiden (vergelijk Basiscriteria, 2002).

#### **4.2.4 Hulpverlening waarborgt continuïteit**

Kinderen en ouders zijn gebaat bij een ononderbroken hulpverleningstraject, het principe van ‘continuïteit van hulpverlener en hulpverlening’. Dat geldt dus zowel voor de opvang en zorg als voor de persoon of personen die de hulpverlening bieden. De zorgaanbieders willen ook het principe van ‘één kind, één plan, één regie’ hanteren. Op die manier streven ze naar ontwikkelingskansen voor kinderen met zo weinig mogelijk breuken en belemmeringen. Na de formele beëindiging van de hulpverlening kan de cliënt een beroep (blijven) doen op nazorgactiviteiten of op ondersteuning om terugval te voorkomen.

### **4.3 De maatschappelijke context**

De hulpverlening die zorgaanbieders leveren wordt gerealiseerd binnen een maatschappelijk context van een cliënt die veelal ingewikkeld is. Daarom hebben de zorgaanbieders in het visiedocument ook aandacht voor de maatschappelijke context van de jeugdzorg

#### **4.3.1 De omgeving van de cliënt**

Het is voor veel cliënten lastig zich staande te houden in onze complexe maatschappij. De verhalen over cliënten die slachtoffer worden van een gebrek aan samenwerking tussen verschillende hulpverleningsinstellingen zijn genoegzaam bekend (Inspectie, 2003). De politiek wil dit vraagstuk onder meer oplossen met het fenomeen van de gezinscoach, een functionaris die verantwoordelijk is voor afstemming en samenwerking tussen alle verschillende instanties voor een bepaald gezin (vergelijk Stam, 2003).

De zorgaanbieders zijn van mening dat zij hier een belangrijke verantwoordelijkheid hebben. Dat impliceert intensieve samenwerking met instellingen voor zorg, onderwijs en welzijn. Dat zal ook moeten betekenen dat de cliënt die een hulpverleningstraject volgt geen last mag hebben van de veelheid aan voorzieningen en de schotten tussen verschillende sectoren. Centraal begrip is hier ketenverantwoordelijkheid. De aansluiting tussen het lokaal jeugdbeleid, het onderwijs en de jeugdzorg enerzijds en tussen het Bureau jeugdzorg en de

geïndiceerde jeugdzorg anderzijds moet zo zijn georganiseerd dat de hulpverlening snel en soepel verloopt. Hoe de zorgaanbieders dat dan willen realiseren wordt uit het visiedocument niet geheel duidelijk.

#### **4.3.2 Maatschappelijke verantwoording**

Zorgaanbieders willen in de toekomst meer inzicht bieden in de inhoud en resultaten van de jeugdzorg aan de cliënten, de (subsidiërende) overheden en de samenleving. Zorgaanbieders willen hierop aanspreekbaar en afrekenbaar zijn. Ze laten hun kwaliteit toetsen en voldoen aan de, in het kwaliteitsprogramma voor de jeugdzorg ontwikkelde, 'Basiscriteria Kwaliteit voor de Jeugdzorg'.

Zorgaanbieders willen onderzoek en evaluatie structureel onderdeel van de jeugdzorg laten zijn. Zij willen hulp bieden die kan worden verantwoord vanuit het oogpunt van effectiviteit en efficiëntie. Ze willen investeren in ontwikkeling en innovatie van de bestaande jeugdzorg en blijven zoeken naar nieuwe hulpverleningsvormen in samenhang met (evaluatie)onderzoek.

### **5. Kritische overwegingen**

Met visiedocument 'Bewust, betrokken en betrouwbaar' maken de zorgaanbieders duidelijk dat ze verantwoordelijkheid willen dragen voor een vraaggestuurde jeugdzorg die vernieuwend is en goed functioneert. Dat is een hele positieve benadering. Het is bovendien een ambitieuze visie die de zorgaanbieders hebben geformuleerd. Toch heb ik wel een aantal kritische kanttekeningen bij het visiedocument. Een zestal overwegingen.

1. Professionaliteit en expertise in de hulpverlening komen alleen tot hun recht binnen adequate materiële voorzieningen. Kinderen die in de knel zitten en hun ouders hebben recht op kwaliteit in de jeugdzorg. Daar ligt wel een groot knelpunt, van alle kanten worden grote financiële tekorten gesignaleerd in de jeugdzorg (vergelijk Van der Vondervoort, 2002). Bovendien zijn er forse wachtlijsten (vergelijk Louppen-Laurant, 2003).
2. De positie van de cliënt moet op verschillende manieren verder worden versterkt. In de praktijk van de jeugdzorg zal vraaggestuurde hulpverlening verder moeten worden ontwikkeld en uitgediept. Dat moet een evenwichtige ontwikkeling zijn, waarbij de hulpvraag van de cliënt richtinggevend is en de expertise en deskundigheid van de hulpverlener optimaal worden benut. De zorgaanbieders zullen die ontwikkeling nog wel in de dagelijkse praktijk waar moeten maken.
3. De vermaatschappelijking en regionalisering van de jeugdzorg moeten worden doorgezet. Dat betekent dat (intensieve) ambulante hulpverlening steeds voorop moet staan. Nodig is het om zowel de methodische als de organisatorische aspecten verder te ontwikkelen en te versterken. Dit betekent ook dat de jeugdzorg daadwerkelijk regionaal en in de sociale context van de cliënt moet worden georganiseerd. Daarvoor is een intensievere samenwerking noodzakelijk met het (speciaal) onderwijs. Weliswaar worden dit soort principes in beleidsnotities door elke zorgaanbieder onderschreven, de werkelijkheid loopt echter veelal een behoorlijk stuk achter. Dat is niet alleen onwil, de praktijk is weerbarstig en reorganisatie van de hulpverlening is niet eenvoudig.
4. De hele visie van de zorgaanbieders is sterk gefocust op extramuralisering van de hulpverlening. Ambulante hulpverlening in het gezin is het motto. Men kan de vraag stellen of hier niet voorbij wordt gegaan aan de problematiek van de zeer ernstig gedragsgestoorde kinderen. De laatste tijd is er veel aandacht gevraagd voor honderden jongeren die in jeugdinstellingen gedetineerd zijn, terwijl ze geen strafrechtelijke veroordeling hebben. Deze jongeren zijn daar opgenomen, omdat er

elders geen jeugdzorg voorhanden is, die deze jongeren met ernstige gedragsproblematiek kan behandelen. Er had in de visie van de zorgaanbieders meer aandacht moeten zijn voor de zware, ingewikkelde en moeilijk te behandelen problematiek.

5. Zorgaanbieders dragen steeds het ongedeelde perspectief voor de cliënt, de continuïteit van hulpverlening en hulpverlener in de eigen sociale context uit. Ook met de nieuwe Wet op de jeugdzorg blijft de jeugdzorg nog ‘een verdeeld huis’. De nieuwe Wet op de jeugdzorg maakt geen einde aan de te onderscheiden sectoren (jeugdhulpverlening, jeugd-ggz, zorg voor licht verstandelijke gehandicapte jeugdigen). De bestaande schotten tussen indicatiestelling en hulpverlening blijven bestaan. Er zou daadwerkelijk sprake dienen te zijn van verdergaande integratie van de sectoren binnen de jeugdzorg op basis van een eenduidig financieringssysteem. Daarbij dienen het belang en de positie van de cliënt centraal te staan. Het thema van de ketenverantwoordelijkheid blijft lastig en ingewikkeld. Wie is probleemeigenaar in de jeugdzorg? Wie is eindverantwoordelijk voor de cliënt en de jeugdzorg? Dat is allemaal nog lang niet sluitend geregeld.
6. De jeugdzorg moet in de toekomst aan kwaliteit blijven winnen. Het kwaliteitsbeleid moet zich stevig wortelen in de organisaties van de zorgaanbieders. Desalniettemin zijn al weer nieuwe ontwikkelingen in vormen van kwaliteitsbeleid, zoals certificering en benchmarking, aan de orde. De zorgaanbieders moeten zich serieus de vraag stellen hoe realistisch dit soort ambities zijn. Men wil ook effectmeting, resultaatverantwoording en cliëntenfeedback als standaardonderdelen van de hulpverlening maken. Daarvoor is het nodig dat onderzoek en research vanzelfsprekend worden in de hulpverlening. Dat is zeker een doelstelling om na te streven. Maar dan is er nog een lange weg te gaan.

Kinderen en ouders in probleemsituaties hebben recht op jeugdzorg. De samenleving moet daarvoor garant staan. We moeten zuinig zijn op elk kind en investeren in jeugdzorg en (speciaal) onderwijs. De jeugdzorg is een publieke taak die met veel te weinig financiële middelen moet worden uitgevoerd. Maar als er iets misgaat in onze maatschappij met kinderen of gezinnen, dan is de jeugdzorg weer tekort geschoten. De jeugdzorg zit vol dilemma's (vergelijk Van der Krol, 2002). ‘Ingrijpen’ wordt afgestraft als bevoogding en betutteling en ongewenste bemoeizucht. ‘Afwachten’ wordt afgestraft als het niet nemen van verantwoordelijkheid. Het is niet gauw goed. Met het visiedocument van de zorgaanbieders ligt er voor de toekomst van de jeugdzorg theoretisch en beleidsmatig in ieder geval een goede basis.

## Noten

---

<sup>1</sup> Zorgaanbieders is de nieuwe benaming voor instellingen voor jeugdhulpverlening in de nieuwe Wet op de jeugdzorg. Zij bieden jeugdzorg op indicatie van het Bureau Jeugdzorg. Bijvoorbeeld (intensieve) ambulante hulpverlening, dagbehandeling, pleegzorg en vormen van tijdelijk of vervangend verblijf (residentiële hulpverlening). In de nieuwe Wet op de jeugdzorg is er sprake van drie hoofdfuncties: jeugdhulp, verblijf en (observatie)diagnostiek.

<sup>2</sup> Voor de jeugdzorg kent Nederland twaalf provincies en drie grootstedelijke regio's (Regionaal Openbaar Lichaam Amsterdam, Stadsgebied Haaglanden en Stadsregio Rotterdam). In totaal zijn er dus vijftien plangebieden met een provinciale status als het gaat om de Jeugdzorg. Omwille van de leesbaarheid wordt in dit artikel alleen gesproken van provincies.

<sup>3</sup> Dit zo-zo-zo-beleid werd vastgelegd in artikel 23 van de Wet op de jeugdhulpverlening. Deze wet werd in 1989 ingevoerd en zal worden vervangen door de nieuwe Wet op de jeugdzorg. De nieuwe wet wordt waarschijnlijk ingevoerd per 1 januari 2005.

---

## Literatuur

- Basiscriteria Kwaliteit voor de Jeugdzorg. Een toetsingskader* (2002). Tekst: M. Bransen, M. van Ooyen-Houben en M. Place: Trimbos Instituut. Utrecht: GGZ Nederland en VOG.
- Bewust, betrokken en betrouwbaar*. Visiedocument zorgaanbieders in de jeugdzorg (2003). Utrecht: Maatschappelijk Ondernemers Groep.
- Beleidskader Wet op de Jeugdzorg*. Uitgave van de Taskforce Wet op de Jeugdzorg (2000). Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport & Ministerie van Justitie.
- Faas, M. (1990). *Kanttekeningen bij de Wet op de Jeugdhulpverlening*. Tijdschrift voor orthopedagogiek, jrg. 29, nr. 7, p. 352-359.
- Handboek KWIS (2001). *Kwaliteitsgerichte informatie systemen voor de sturing van hulpverleningsprocessen in instellingen voor kinderen en jeugdigen*. Amsterdam: Concern/Bureau Welzijnsmarketing.
- Inspecties voor Jeugdhulpverlening en Jeugdbescherming, Volksgezondheid, Onderwijs, Openbare Orde en Veiligheid en het Verwey-Jonker Instituut (2003). *Horen, zien, niet zwijgen. Deel 1. Onderzoek naar de kwaliteit van de keten van voorzieningen voor kinderen en gezinnen in probleemsituaties*.
- Krol, R.J. van der (2002). *Jeugdzorg ter discussie*. In: Tijdschrift voor orthopedagogiek, jrg 41, nr. 3, p. 156-164.
- Kwakkelstein, P.H., H. Groen en Van Dijk, Van Soomeren en partners (2001). *Zorg en Jeugd. Een verkenning van de ontwikkelingen in de jeugdzorg*. Utrecht: Stichting Jeugdinformatie Nederland.
- Louppen-Laurant, M.J. (2003). *Voortgang aanpak wachtlijsten jeugdzorg. Tussenrapportage van de Taskforce Wachtlijsten Jeugdzorg*. Utrecht: Cap Gemini.
- Ontwerp van de Wet op de jeugdzorg, concept december 2003*. Den Haag: Ministeries van VWS en Justitie.
- Ruyter, D. de (1997). *Hulpverlening op een hoger plan. Planning en plannen in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.
- Stam, Carolien (2003). *Gezinscoach is geen wondermiddel. Effectieve hulpverlening of nieuwe organisatielaag*. Zorg en Welzijn, 15 oktober 2003.
- Veerman, J.W. (2003). *Families First 1994-2000. Lessen uit onderzoek*. Tijdschrift voor Orthopedagogiek, jrg. 42, nr. 7/8, p. 342-358.
- Verdrag inzake de Rechten van het Kind*. Verenigde Naties, 20 november 1989.
- Voortgangsrapportage beleidskader jeugdzorg 2002-2005* (2002). Den Haag: Ministeries van VWS, Justitie, OC&W, SZ&W en Binnenlandse Zaken.
- Vondervoort, A.G.M. van de (2002). *Onderzoek doeleitkeringen jeugdzorg. Rapport van het ministerie van VWS*. Amsterdam: Deloitte & Touche.
- Wet op de Jeugdzorg. Informatiebrochure* (2003). Den Haag, Ministerie van VWS & Justitie.
- Wijk, drs. P.J.Th. van (2002). *Over plannen gesproken. Een referentiemodel voor de hulpverleningsplanning in de jeugdzorg*. Utrecht: GGZ Nederland en de Maatschappelijk Ondernemers Groep.
- Yperen, T.A. van (2003). *Gaandeweg. Werken aan de effectiviteit van de jeugdzorg (inaugurale rede)*. Utrecht: NIZW.
- Yperen, T.A. van, e.a. (2003). *Vraaggerichte hulp, motivatie en effectiviteit jeugdzorg*. Utrecht: NIZW.

## Adres van de auteur

drs. Maarten Faas  
Trajectum  
Postbus 867  
3700 AW Zeist  
[mfaas@trajectum.nl](mailto:mfaas@trajectum.nl)