



Steunpunt Gelijkekansenbeleid – consortium UA en UHasselt – 2005  
Onderzoeksgroep Armoede, Sociale Uitsluiting en de Stad (OASeS) – UA

ISBN 90-77271-19-8

Wettelijk Depot: D/2005/3680/04

NUR 747

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

Druk- en bindwerk : Drukkerij Peten



# ALLOCHTONE EN AUTOCHTONE JONGEREN MET PSYCHISCHE PROBLEMEN EN GEDRAGSPROBLEMEN: VERSCHILLENDE TRAJECTEN NAAR DE HULPVERLENING?

**Ina Lodewyckx**

Steunpunt Gelijkekansenbeleid (SGKB)

**Astrid Janssens**

**Peter Ysabee**

Onderzoeksgroep Armoede, Sociale Uitsluiting en de Stad (OASeS)

**Promotor: Prof. Dr. Christiane Timmerman**

Steunpunt Gelijkekansenbeleid (SGKB)

Onderzoeksgroep Armoede, Sociale Uitsluiting en de Stad (OASeS)





## Voorwoord

Dit rapport is een realisatie van de Onderzoeksgroep Armoede, Sociale Uitsluiting en de Stad (OASeS) in samenwerking met het Steunpunt Gelijkekansenbeleid en werd uitgevoerd in opdracht van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Voorliggende studie heeft als doel na te gaan welk traject allochtone en autochtone jongeren met psychische problemen en gedragsproblemen naar en binnen de (geestelijke) gezondheidszorg en bijzondere jeugdbijstand afleggen. Meer concreet willen we de knelpunten en mechanismen onderzoeken die ertoe leiden dat allochtone jongeren moeilijker hun weg vinden naar hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg. Daarentegen vinden we deze doelgroep wel ruim vertegenwoordigd in penitentiaire en repressieve instellingen. Verschillende delen van dit rapport zullen herkenbaar zijn voor hulpverleners uit de geestelijke gezondheidszorg, de bijzondere jeugdbijstand en bij het jeugdrecht. Wij hopen dan ook dat een lectuur van dit rapport door de betrokken sectoren zal leiden tot het nemen van bepaalde initiatieven en het uitbreiden van bestaande.

Naar het beleid toe zien we twee belangrijke aandachtspunten. Ten eerste willen we wijzen op de registratie van betrouwbare gegevens. Indien het beleid meer systematische bepaalde doelgroepen, zoals allochtonen wenst op te volgen, is ook een meer systematische registratie nodig van de origine van de patiënt of cliënt in zowel de dienstverleningscentra binnen de BJB, GGZ en als in de MPG. Een systematische registratie houdt ook onderlinge vergelijkbaarheid tussen de gegevens van de verschillende diensten in. Het is evenwel belangrijk dat een systeem van opvolging de anonimiteit van de patiënten/cliënten garandeert. Ten tweede is het nodig de betrokken instanties (GGZ, BJB en jeugdrecht) te sensibiliseren omtrent bepaalde knelpunten binnen de hulpverlening aan allochtonen. Niettegenstaande vele ouders hier reeds jaren verblijven, toch merken we bij allochtone gezinnen nog steeds een gebrek aan kennis van de mogelijkheden en een zekere mate van wantrouwen tegenover de hulpverlening. Daarnaast dient er ook meer aandacht voor een betere samenwerking tussen de GGZ, BJB en het jeugdrecht, zodat de hulpverlening meer op maat van de cliënt gericht is. Het project van 'integrale jeugdhulpverlening' is hier alvast een stap in de goede richting. We begrijpen echter dat dit een complexe aangelegenheid is, gezien de bevoegdheden hieromtrent verdeeld zijn over de Vlaamse en federale overheid.

De onderzoekers danken iedereen die heeft bijgedragen tot een goede afloop van dit rapport. We denken hierbij vooral aan de jongeren en de hulpverleners die we hebben geïnterviewd en instanties die ons met de jongeren in contact gebracht hebben. Verder zijn we onze dank verschuldigd aan de jeugdrechtbank te Antwerpen die ons toeliet gedurende enkele weken de dossiers te raadplegen van minderjarigen die in 2002 voor de rechtbank zijn verschenen. We zijn ook de ziekenhuizen die hun MPG doorgestuurd hebben erkentelijk voor hun medewerking.

## Lijst met afkortingen

ADAM	Antwerpse dienst voor alternatieve maatregelen
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
BJB	Bijzondere jeugdbijstand
CBJ	Comité voor de bijzondere jeugdzorg
CGGZ	Centrum voor Geestelijke gezondheidszorg
DSM IV	Diagnostic and statistic manual for mental disorders, uitgave IV
FDGG	Federatie van centra voor Geestelijke gezondheidszorg
FOD	Federale overheidssdienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
ICEM	Interdepartementale commissie etnisch-culturele minderheden
IJH	Integrale jeugdhulp
JRB	Jeugdrechtbank
MOF	Als misdrijf omschreven feit
MPG	Minimale psychiatrische gegevens
MPI	Medische pedagogisch instituut
OASeS	Onderzoeksgroep Armoede, Sociale Uitsluiting & de Stad
OBC	Observatie en behandelingscentrum
OOOC	Onthaal, oriëntatie en observatie centrum
OTA	Ondersteuningsteam allochtonen
PAAZ	Psychiatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis
POS	Problematische opvoedingssituatie
VDAB	Vlaamse dienst voor arbeidsbemiddeling
VLAFO	Vlaams fonds voor de sociale integratie van gehandicapten
VRIND	Vlaamse regionale indicatoren
WVC	Welzijn, volksgezondheid en cultuur

# Inhoudstafel

<b>INLEIDING.....</b>	<b>1</b>
<b>DEEL 1: CONTEXT.....</b>	<b>3</b>
1. LITERATUUR .....	3
1.1 Geestelijke gezondheid van jongeren .....	3
1.2 Alloctonen en de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen, een culturele confrontatie?.....	5
1.3 Psychotherapie bij allochtone jongeren.....	7
1.4 Jeugddelinquentie .....	9
1.5 Jeugddelinquentie en psychopathologie.....	11
2. GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG IN VLAANDEREN .....	15
2.1 Centra Geestelijke Gezondheidszorg .....	16
2.2 Kinderpsychiatrie.....	18
2.3 Andere voorzieningen.....	18
2.3.1 Het Vlaams Fonds voor de sociale integratie van personen met een handicap (VLAFO). .....	18
2.3.2 Observatie- en behandelingscentra (OBC) .....	19
2.3.3 Internaten en semi-internaten .....	19
3. BIJZONDERE JEUGDBIJSTAND .....	21
3.1 Bevoegdheidsverdeling tussen de Vlaamse Gemeenschap en de federale overheid..	21
3.2 Organisatie van de bijzondere jeugdbijstand .....	22
3.3 Vrijwillige hulpverlening .....	23
3.3.1 De Comités voor Bijzondere Jeugdzorg (CBJ's).....	23
3.3.2 Bemiddelingscommissies .....	23
3.4 Gedwongen hulpverlening .....	24
3.4.1 De Jeugdrechtbank.....	24
3.4.2 De Sociale Diensten van de Jeugdrechtbanken .....	26



4. VOORZIENINGEN BINNEN DE BIJZONDERE JEUGDBIJSTAND .....	27
4.1 Algemene voorzieningen .....	27
4.2 De Gemeenschapsinstellingen .....	28
4.3 Centrum De Grubbe .....	29
5. PLAATSINGEN .....	30
5.1 Plaatsingen in erkende voorzieningen .....	30
5.2 Origine van de geplaatste jongeren .....	31
5.2.1 Thuisbegeleidingsdiensten .....	33
5.2.2 Gemeenschapsinstellingen .....	33
5.2.3 Het Huis van Arrest .....	34
5.3 'Oneigenlijke' plaatsingen in de gemeenschapsinstellingen .....	35
6. ALTERNATIEVE MAATREGELEN .....	36
6.1 Gemeenschapsdienst .....	37
6.2 Leerprojecten .....	37
6.3 Herstelbemiddeling .....	38
7. GERICHTE ACTIES VOOR ALLOCHTONE JONGEREN .....	41
8. NAAR EEN INTEGRALE JEUGDHULPVERLENING.....	43
<b>DEEL 2: METHODOLOGIE.....</b>	<b>47</b>
1. KWANTITATIEVE DATAVERZAMELING .....	47
1.1 Dossierstudie jeugdrechtbank Antwerpen .....	47
1.2 Minimale Psychiatrische Gegevens .....	48
2. KWALITATIEVE DATAVERZAMELING .....	49
3. REGISTRATIE VAN HERKOMST .....	51
<b>DEEL 3: RESULTATEN .....</b>	<b>53</b>
1. GEDWONGEN HULPVERLENING, HET EINDE VAN HET TRAJECT?.....	53
1.1 Verdeling van het Aantal POS en MOF-dossiers naar herkomst.....	53
1.2 Leeftijd en geslacht .....	54

1.3 Welke feiten werden gepleegd? .....	55
1.4 Maatregelen .....	56
1.5 Belangrijkste vaststellingen .....	63
2. MINDERJARIGEN IN PSYCHIATRISCHE INSTELLINGEN .....	65
2.1 Socio-demografische gegevens .....	65
2.1.1 Worden meer meisjes dan wel meer jongens opgenomen?.....	66
2.1.2 Welke leeftijdscategorieën zijn het sterkst vertegenwoordigd?.....	67
2.1.3 Leefsituatie vóór opname in een psychiatrische dienst .....	68
2.1.4 Onderwijssituatie van de patiënten vóór opname .....	70
2.1.5. Opvoedingsproblemen en problemen binnen de sociale omgeving.....	72
2.2 Diagnose bij opname.....	73
2.3 Via welke wegen komen de jongeren terecht in de psychiatrische hulpverlening? ..	74
2.3.1 Vrijwillige of verplichte opname?.....	74
2.3.2 Wie of welke instantie verwijst de patiënten naar een psychiatrische behandeling? .....	75
2.4 Belangrijkste vaststellingen .....	81
3. ALLOCHTONE EN AUTOCHTONE JONGEREN: VERSCHILLENDE TRAJECTEN NAAR DE HULPVERLENING?.....	83
3.1 Drempels afhankelijk van de specifieke situatie van allochtone jongeren .....	84
3.1.1 Gebrek aan kennis over de hulpverlening en isolement .....	84
3.1.2 Nood aan gestuurde hulpverlening.....	85
3.1.3 Verschillende verwachtingen .....	87
3.1.4 Gebruik van alternatieve wijzen om psychologische problemen op te lossen	89
3.1.5 Wantrouwen en schaamte ten opzichte van de hulpverlening.....	91
3.1.6 Andere familiale dynamieken dan in autochtone gezinnen .....	92
3.1.7 Het belang van de vriendengroep .....	99
3.2 Drempels afhankelijk van de specifieke situatie van de hulpverlening.....	100
3.2.1 Wachtlijsten .....	100
3.2.2 Gemotiveerde cliënten krijgen voorrang.....	101
3.2.3 Niet kunnen afdwingen van vrijwillige hulpverlening en doorverwijzing. ..	103

3.2.4 Centra waar een minimum aantal cases moet behandeld worden .....	105
3.2.5 Oneigenlijke plaatsingen .....	106
3.3 Hoe spelen hulpverleners in op deze problematiek? .....	107
3.4 Belangrijkste vaststellingen .....	113
<b>BESLUIT .....</b>	<b>115</b>
<b>BIBLIOGRAFIE .....</b>	<b>119</b>
<b>BIJLAGEN .....</b>	<b>125</b>

## Lijst van tabellen

Tabel 1: Aantal plaatsingen per voorziening binnen de BJB (VRIND, 2002).....	31
Tabel 2: Verdeling van jongeren die op initiatie van de jeugdrechtbank geplaatst binnen een voorziening van de BJB naar nationaliteit, Vlaanderen (2003) .....	32
Tabel 3: Percentage kinderen in thuisbegeleiding naar herkomst, Vlaanderen (2001-2004).....	33
Tabel 4: Percentage buitenlandse jongeren in de gemeenschapsinstellingen .....	34
Tabel 5: Nationaliteit en origine van de plaatsing in het Huis van Arrest (2000) .....	35
Tabel 6: Minderjarigen die een alternatieve maatregel gevolgd hebben naar herkomst, gerechtelijk arrondissement Antwerpen, 2001 .....	39
Tabel 7: Aandeel autochtonen en allochtone minderjarigen per werkvorm, gerechtelijk arrondissement Antwerpen, 2001 .....	39
Tabel 8: Aantal en percentage POS/MOF-dossiers naar herkomst.....	54
Tabel 9: Verdeling van de minderjarigen naar geslacht, herkomst en POS/MOF-dossier. ..	54
Tabel 10: Verdeling van de minderjarigen naar leeftijdscategorie en herkomst. ....	55
Tabel 11: Aantal en percentage feiten dat gepleegd werd door autochtone en allochtone jongeren.....	56
Tabel 12: Verdeling van de maatregelen genomen in POS-dossiers naar herkomst .....	58
Tabel 13: Maatregelen opgelegd in MOF-dossiers .....	60
Tabel 14 : frequentie van de maatregel 'aanstelling deskundige' bij allochtone en autochtone minderjarigen .....	61
Tabel 15: frequentie van de maatregel 'psychiatrische inrichting' bij allochtone en autochtone minderjarigen .....	62
Tabel 16: Aantal opnames per jaar.....	66
Tabel 17: verdeling van de patiënten naar origine en geslacht.....	66
Tabel 18: Verdeling van de patiënten naar origine en leeftijd .....	67
Tabel 19: Verdeling van de patiënten naar herkomst en leefsituatie voor opname.....	69
Tabel 20: woonproblemen.....	69
Tabel 21: type laatst beëindigd onderwijs voor opname .....	71
Tabel 22: Niveau van onderwijs gevolgd voor opname .....	71
Tabel 23: voorkomen van opvoedingsproblemen .....	72
Tabel 24: problemen binnen de primaire steungroep .....	72
Tabel 25: problemen gebonden aan de sociale omgeving .....	73
Tabel 26: Verdeling van de patiënten naar herkomst en hoofddiagnose bij opname .....	74

Tabel 27: verdeling van de patiënten naar origine en status van opname .....	75
Tabel 28: Laatst tussenkomende persoon of instantie .....	77
Tabel 29: Voorlaatst tussenkomende persoon of instantie .....	78
Tabel 30: Derde laatst tussenkomende persoon of instantie.....	79
Tabel 31: problemen in verband met toegankelijkheid van de gezondheidsdiensten .....	81



# Inleiding

Het aantal kinderen en jongeren met antisociaal gedrag wordt geschat op 4 tot 10 procent van de totale Vlaamse populatie. Het is de meest voorkomende psychische problematiek bij kinderen en adolescenten. Gedragsstoornissen komen meer voor bij jongens dan bij meisjes en vaker bij kinderen van ouders uit lagere sociaal-economische klassen. Antisociale gedragsstoornissen zouden ook vaker voorkomen in stedelijke gebieden dan op het platteland (OASE, 2004).

Jongeren met psychische problemen en of gedragsproblemen vinden aansluiting bij diverse diensten binnen de sector van het welzijns- en gezondheidsnetwerk. Zij kunnen bijvoorbeeld terecht binnen het netwerk van voorzieningen voor geesteszieken (Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg, de psychiatrische ziekenhuizen, enzovoort). Bovendien is er voor deze groep minderjarigen een apart stelsel voorzien binnen het welzijnswerk: de bijzondere jeugdzorg, ook bijzondere jeugdbijstand genoemd.

De laatste decennia zijn er verschillende diensten opgericht voor een vroegtijdige detectie van psychische problemen en gedragsproblemen, maar zij krijgen nog steeds niet de nodige aandacht en begeleiding om deze rol op een efficiënte wijze uit te voeren (Schaeck, 2002). Binnen de jeugdhulpverlening erkent men reeds een aantal jaren dit probleem. Tal van jongeren lijken verloren te lopen in een niemandsland tussen de bijzondere jeugdbijstand en de kinder- en jeugdpsychiatrie. Gemeenschapsinstellingen (en ook andere voorzieningen van de Bijzondere Jeugdbijstand) zitten met de handen in het haar als het gaat over de steeds toenemende begeleiding van jongeren met psychiatrische problemen, en omgekeerd weet men binnen het kader van een ziekenhuis geen raad met jongeren met een al te uitgesproken gedragsprobleem (Oikoten, 2004).

Er bestaan aanwijzingen dat allochtone jongeren moeilijker toegang krijgen tot centra voor algemeen welzijnswerk en centra voor geestelijke gezondheidszorg. In de meer repressieve en penitentiaire vormen van opvang en behandeling zouden ze dan weer oververtegenwoordigd zijn. Mogelijk heeft dit te maken met een gebrekkige toegankelijkheid van de aangeboden hulpverlening en een te beperkt hulpverleningsaanbod. Welke factoren bij dit proces een rol spelen is echter weinig onderzocht. Dit onderzoek heeft als doel na te gaan of autochtone en allochtone jongeren

met gedrags-en/of psychische problemen op een verschillende wijze opgevangen worden binnen onze samenleving. Twee concrete vragen dringen zich hierbij op: leggen allochtone en autochtone jongeren met gedragsproblemen en psychische problemen een verschillend traject naar en binnen de hulpverlening af? En indien ja, welke mechanismen liggen aan de basis van deze verschillen?

De eerste vraag zal beantwoord worden aan de hand van de literatuur en cijfergegevens over de geestelijke gezondheidszorg en de bijzondere jeugdzorg. Voor een antwoord op de tweede vraag werd een analyse gemaakt van interviews met hulpverleners uit de bijzondere jeugdzorg en de geestelijke gezondheidszorg. Ook jongeren die in aanraking zijn gekomen met de bijzondere jeugdzorg en de geestelijke gezondheidszorg werden geïnterviewd, deze interviews werden voornamelijk gebruikt voor hun perceptie op de hulpverlening en het hulpverleningsproces.

In het eerste deel van dit rapport situeren we, na een verkenning van de literatuur, de context van de Geestelijke Gezondheidszorg, de Bijzondere Jeugdbijstand en de Integrale Jeugdhulp. In deel 2 beschrijven we de methodologie. Deel 3 is een neerslag van de resultaten van ons onderzoek en bestaat uit drie hoofdstukken. Hoofdstuk 1 hiervan bekijkt het 'einde van het traject', de gedwongen hulpverlening, aan de hand van gegevens van de jeugdrechtbank te Antwerpen. In het tweede hoofdstuk wordt een analyse gemaakt van de minimale psychiatrische gegevens (MPG) afkomstig uit verschillende ziekenhuizen in Vlaanderen, we gaan na hoe jongeren in de psychiatrische hulpverlening terechtkomen en in welke mate ook allochtone jongeren hun weg hiernaartoe vinden. Wat de ondervertegenwoordiging van allochtone jongeren in de geestelijke gezondheidszorg betreft, kunnen we op verschillende factoren wijzen die aan de basis liggen van een gebrekkige toegankelijkheid. In hoofdstuk 3 bekijken we de mechanismen die een rol spelen in het traject dat autochtone en allochtone jongeren naar en binnen de hulpverlening bewandelen.



# DEEL 1: CONTEXT

## 1. Literatuur

### 1.1 Geestelijke gezondheid van jongeren

Uit een Nederlands onderzoek is gebleken dat 15% van de jongeren problemen ervaart. Vijf procent van hen hebben ernstige problemen. Ongeveer 1 % heeft zulke zware problemen dat ze een intensieve en aangepaste zorg vereisen. Problemen zijn situaties waarbij de ontplooiingskansen van de minderjarige niet meer worden gewaarborgd. Indien men dit berekent voor Vlaanderen komt men voor 2005 tot de volgende prognose: 181.701 (15%) van 0 tot 17 jarigen zouden problemen hebben, waarvan 60.567 (5%) zware problemen en 12.113 (1%) zeer zware problemen (Geets, Vanderwaeren & Timmerman, 2001). Resultaten uit internationaal en nationaal epidemiologisch onderzoek geven aan dat jaarlijks 20% tot 30% van de kinderen en jongeren lijden aan een psychiatrische aandoening. Bij 10% van de jeugdige bevolking is er sprake van een aandoening die voortduurt tot in de volwassenheid of het functioneren ook als volwassene ernstig beïnvloedt. In België zijn er tussen 300.000 en 400.000 kinderen en jongeren met een psychiatrische aandoening die hun ontwikkeling en functioneren in ernstige mate hindert (Deboutte, 2003) .

Vele kinderen en jongeren gedragen zich zo nu en dan antisociaal of agressief. Het hoort bij de normale ontwikkeling. Pas als gedurende langere tijd herhaaldelijk wet en regels worden overtreden, antisociaal gedrag wordt gesteld, is er sprake van een psychiatrische stoornis. Dit kan dan de wat lichtere oppositionele gedragsstoornis zijn of een antisociale gedragsstoornis. Bij onderzoek blijkt dan immers dat de ontwikkeling van deze kinderen of jongeren verstoord verloopt, zowel op sociaal gebied als op emotioneel en cognitief gebied. In de wetenschappelijke literatuur spreekt men nu vaak over risicogedrag om op het storend gedrag te wijzen zonder de jongere in kwestie gestoord te noemen.

Psychiatrische aandoeningen bij kinderen en jongeren zijn problemen en stoornissen die interfereren met zijn of haar ontwikkeling en functioneren en binnen de context van het kind/de jongere een lijden of een last inhouden. Het gaat met andere woorden niet alleen om één of meerdere problemen in de ontwikkeling of het functioneren. Om te voldoen aan

de criteria van een stoornis of aandoening dient er ook een negatieve invloed te zijn op de ontwikkeling of het functioneren. In sommige gevallen is er ook gedeeltelijk een genetisch- biologische oorzaak (regulatiestoornissen bij het kind, de zogenaamde 'disruptive disorders' zoals autisme-spectrum-stoornissen, ADHD of bepaalde angststoornissen en stemmingsstoornissen). In de meeste gevallen is er echter sprake van een biologische constellatie (kwetsbaarheid door een genetische oorzaak) die de kans op het ontstaan van stoornis onder bepaalde psychische en sociale omstandigheden (stress) groter kan maken. In andere gevallen blijkt het uiteindelijk gewicht van de psychische of sociale omstandigheden die het probleem hebben veroorzaakt of bepalen mede afhankelijk van weer biologische factoren, naast de mate van sociale steun die iemand ontvangt of eerdere ervaringen die men al heeft opgedaan (bijvoorbeeld bij stoornissen als gevolg van traumatische ervaringen) (Deboutte, 2003). De nu internationaal gehanteerde definitie van een psychiatrische stoornis bij kinderen en jongeren veronderstelt dat er niet alleen sprake is van een klacht of van probleemgedrag. Van een stoornis is pas sprake als dit gedrag een duidelijke invloed heeft op het dagelijks functioneren van het kind of de jongere, onafhankelijk van de situatie. Bovendien dient dit gedrag een belangrijke hinder te zijn voor het kind of de jongere zelf en/of anderen een aanleiding te geven tot stagneren van ontwikkeling. Een dergelijke ontwikkelingsstagnatie is het meest onderscheidende kenmerk van de kinder- en jeugdpsychiatrie ten opzichte van de volwassenenpsychiatrie.

Gedragsstoornissen zijn de meest voorkomende van alle psychiatrische stoornissen bij jongeren. Als diagnostische categorie omvat het een grote verscheidenheid van probleemgedrag. Het is in de diagnostische classificatie in de plaats gekomen van bijvoorbeeld de psychopathie of sociopathie, ziektebeelden die niet zozeer beschrijvingen van een ziekte toestand zijn dan wel theorieën over oorzaak en beloop.

In het beleid wordt 'de problematische opvoedingssituatie' als een sleutelbegrip beschouwd in de zorg voor kinderen en jongeren. Men gaat er in zekere zin vanuit dat omgevingsfactoren in het algemeen en meer in het bijzonder een problematische opvoedingssituatie als belangrijkste oorzaak van geestelijke gezondheidsproblemen van kinderen en jongeren aangewezen kan worden. We spreken dit niet tegen, het ontbreken van een sensitieve en responsieve context speelt namelijk een belangrijke rol in het ontstaan van problematische ontwikkeling en gedrag van kinderen. Omgevingsfactoren zijn bijvoorbeeld mishandeling, misbruik, verwaarlozing of een inadequa

onderwijssysteem. Chronische mishandeling, verwaarlozing, traumatisering binnen of buiten het gezin leiden vaak tot stoornissen in neurobiologische ontwikkeling en functioneren. Deze neurobiologische stoornissen zijn in belangrijke mate verantwoordelijk voor het persisteren van internaliserende of externaliserende problemen in sturing van gedrag en emotie (Deboutte, 2003).

## 1.2 Alloctonen en de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen, een culturele confrontatie<sup>1</sup>?

Geestelijke gezondheid van etnisch-culturele minderheden en de toegankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg voor alloctonen blijven verwaarloosde thema's binnen onderzoek. Algemeen blijkt er een gebrek aan aandacht voor bijzondere stressbronnen bij deze groepen, zoals de verblijfsonzekerheid, traumatisch verleden van vluchtelingen, discriminatie, het verscheurd zijn tussen het leven in het herkomstland en hier. Slechts een zeer beperkt aantal instellingen en hulpverleners heeft zich hierin gespecialiseerd. Maar er is nog steeds een gebrek aan gefundeerde informatie om dit als basis voor een beleid hieromtrent te gebruiken. (Gailly, 2001).

Sinds alloctonen in de hulpverlening terechtkomen, brengen zij nieuwe problemen aan waarvoor hulpverleners niet altijd een pasklare oplossing hebben. Zo brengen ze voor ons onbekende ziektebeelden, stoornissen en onbekend ziektegedrag mee en in geval van een bekende problematiek kunnen ze niet altijd succesvol behandeld worden met in het Westen gangbare medicatie en methodieken. Binnen de interculturele hulpverlening stelt men echter een paradox vast: hoewel hulpverleners cultuurverschillen niet ontkennen zijn zij meestal slechts in de fase van de anamnese bereid om cultuurverschillen toe te laten. Later, in het eigenlijke hulpverleningsproces, lijkt cultuur minder duidelijk aanwezig. Cultuurverschillen worden dan gepsihologiseerd of gemedicaliseerd (Gailly, 1988a en b; Meurs & Gailly, 1999).

---

<sup>1</sup> Voor een uitgebreide discussie over het cultuurbegrip in de hulpverlening aan alloctone gezinnen, verwijzen we naar Meurs, Patrick & Gailly Antoon (1999). Wortelen in andere aarde. Migrantengezinnen en hulpverleners ontmoeten cultuurverschil. Leuven: Acco.

Epidemiologische gegevens over de psychosociale gezondheid van allochtonen zijn eerder schaars. Onderzoek uitgevoerd door De Muynck en Peeters (1997), bij huisartsen in Vlaanderen en Brussel bevat wel aanwijzingen dat allochtonen vaker worden geconfronteerd met psychosociale klachten. Onderzoek van Laenen en Bruckers (2002) weerlegt dan weer deze veronderstelling. Hun analyses van de resultaten van de gezondheidsenquête van 1997 tonen aan dat allochtonen<sup>2</sup> niet geestelijk ongezonder zijn dan autochtonen. Een aantal vragen die verband houden met het psychisch welzijn werden geselecteerd en gescreend op verschillen tussen allochtonen en autochtonen: het subjectieve gezondheidsgevoelen, de gemoedstoestand, gezondheidsklachten in verband met geestelijke gezondheid. De onderzoekers stellen geen spectaculaire verschillen vast tussen de twee groepen. Op bepaalde onderdelen echter blijken allochtonen minder goed te scoren: ze omschrijven zichzelf als ongezonder, hebben meer last van moeheid, lusteloosheid, maagklachten en hoofdpijn. Daarentegen zijn ze, meer dan autochtonen, in staat de problemen onder ogen te zien. Na correctie voor opleiding, inkomen en werk, zodat de allochtonen vergeleken worden met autochtonen van gelijke scholing, inkomen en werk, krijgen we echter een ander beeld. Autochtonen hebben meer last van slapeloosheid en laten meer nerveuze klachten registreren dan allochtonen (Janssens, 2004).

Een bevraging van het Provinciaal Integratiecentrum Limburg, dat de hulpverlening voor allochtonen met psychische en relationele problemen wil verbeteren, bevestigt de vaststelling van De Muynck en Schillemans (1997), dat deze centra weinig cliënten van allochtone origine ontvangen. De redenen hiervoor zijn niet ver te zoeken. Aan de ene kant zijn allochtonen niet goed geïnformeerd over de hulpverlening. Anderzijds verloopt de communicatie met hen moeilijk, zowel een beperkte taalkennis als een gebrekkige kennis van de cultuur en haar gevoeligheden spelen de hulpverlener en de patiënt parten (Laenen & Bruckers, 2002; Janssens, 2004).

Allochtone hulpvragers zijn echter geen beperkte groep meer. In steeds stijgende mate worden hulpverleners uit de geestelijke gezondheidszorg geconfronteerd met vragen van

---

<sup>2</sup> Als allochtonen beschouwen zij personen van Marokkaanse of Turkse nationaliteit of personen met de Belgische nationaliteit die in Marokko of Turkije geboren werden. Op deze manier hebben zij ruim 500 allochtonen getraceerd. Personen van Turkse en Marokkaanse afkomst in België geboren en vluchtelingen zijn hier niet opgenomen.

allochtonen. Dit plaatst de hulpverlener voor een complexe opdracht. Reeds tegenover gezinnen binnen de eigen 'westerse' cultuur moet telkens opnieuw een weg gezocht worden naar een optimale werkrelatie tussen cliënt en hulpverlener, bij allochtonen lijkt de kloof die overbrugd moet worden des te groter, moeilijker in te schatten en ook minder makkelijk te ontcijferen. Het gaat immers om een confrontatie tussen het 'eigen' denk- en waardepatroon en 'het andere', en de gemengde gevoelens tegenover dit 'andere' (zoals angst, onbegrip, machteloosheid, nieuwsgierigheid, fascinatie, bezorgdheid of afkeer). Vertrekkend vanuit een 'eurocentrisch' hulpverlenersmodel dient men dus aansluiting te vinden bij het model dat door de allochtone cliënt wordt aangediend en dat geheel verschillend kan zijn van het 'eigen' model. Deze verschillen kunnen zich op alle niveaus bevinden, zoals de relatie tussen partners, ouders en kinderen, geslachten, communicatiepatronen, betekenisgeving, beleving van normen en waarden en de structuur van samenleven binnen een gezin of familie (Gluckers, 1999).

### 1.3 Psychotherapie bij allochtone jongeren

Klinische ervaringen met allochtone jongeren wijzen op een aantal specifieke problemen en aandachtspunten die gehanteerd moeten worden voor deze doelgroep. Een eerste opmerkelijke observatie is dat een aantal onder hen zo goed als niets zeggen tijdens de consultatie en indien ze spreken dit meestal op een monotone en mechanische wijze zonder affectieve ondertoon. Ze geven de indruk dat niets hen raakt. Hulpverleners beschrijven dit fenomeen als een 'leegte'. Men vraagt zich hier dan dikwijls af of er niets meer aan de hand is, het klinisch beeld van zulke jongeren wijst namelijk op een dieperliggend probleem dat een oorsprong heeft in een ver verleden, meestal in de kindertijd (Ben Driss, 1999).

Sommige therapeuten achten het belangrijk om de migratiegeschiedenis van de ouders te betrekken in de behandeling om deze adolescenten te begrijpen, omdat op die wijze aspecten van de familie en de 'familiale wordingsgeschiedenis' mee in rekening worden gebracht. Bovendien kan het zijn dat de problemen van de jongere een affectief onevenwicht binnen het gezin veruitwendigen. Kaës (1979) wijst hierbij op het belang van 'l'appareil psychique groupal', de psychische realiteit van de groep. Het gaat hier om een constructie die gebaseerd is op de individuele psyche van de leden van de groep en op de sociale representaties van de groep. Zowel de individuele psyche als de sociale representaties worden ook mede beïnvloed door de omringende cultuur. In deze visie is er

sprake van een nooit opgelost conflict tussen de druk om de groeps- en de individuele identiteit te laten samenvallen enerzijds en de pogingen van het individu om zich van de groep te differentiëren. Het gaat hier met andere woorden om een meervoudig (groeps- en individueel) perspectief van migratie (Ben Driss, 1999).

Uit zijn ervaringen met allochtone jongeren komt Driss (1999) tot de hypothese dat problemen tijdens de adolescentie dikwijls al hun wortels hebben in de zeer vroege kinderontwikkeling (zie ook 1.5). De (emotionele) reactie van de moeder op de migratie en de geboorte (of het opvoeden) van de kinderen in een onbekend gastland zonder de traditionele steun van verwantengroep kan aanleiding geven tot verwarrende gevoelens en gedrag van de moeder. Phalet (1999) wijst bovendien op de dubbele rol van migrantenmoeders als bemiddelaars én grenswachters tussen culturen. Voor een aantal onder hen is er een duidelijk verband tussen de cultuurverschillen in de migratiesituatie en relationele problemen in het gezin. Het contact met de Belgische cultuur ervaren sommigen als een bedreiging voor de hechte band met hun kinderen. Ze vrezen dat de kinderen voor de dominante Belgische cultuur zullen kiezen en dat deze hun kinderen niet de nodige structuur en discipline kan bieden. Deze moeders zijn dan ook bang dat het verlies van de band met de eigen cultuur gepaard zal gaan met het teloorgaan van autoriteit, sturing en bescherming voor de kinderen (Phalet, 1999).

Een ander aandachtspunt is de rol die allochtone jongeren toegewezen krijgen in verband met het contact met de buitenwereld. Door de taalbarrière van de ouders, maar ook omdat de ouders dikwijls weinig vertrouwd zijn met de dienstverlening in onze samenleving, hebben de kinderen een brugfunctie tussen het gezin en de buitenwereld. Hierdoor krijgen ze de maatschappelijke verantwoordelijkheid voor het dagelijks leven van het gezin, een verantwoordelijkheid die normaal gezien berust bij (een van) de ouders. Het spreekt voor zichzelf dat deze situatie tot onevenwichtige gezinsrelaties leidt (Driss, 1999).

Dit betekent echter niet dat migratie steeds een negatieve invloed heeft of een traumatische ervaring is voor jongeren en hun gezin. Migratie op zich hoeft niet noodzakelijk tot een pathologie te leiden. Er zijn heel wat gezinnen die erin slagen om hun migratie in harmonie door te maken. Het gaat er hier echter om enkele aandachtspunten aan te halen uit klinische ervaringen van therapeuten met allochtone jongeren. Vanuit deze ervaringen wordt dan ook het belang van ouderbegeleiding en

gesprekken met ouders van allochtone minderjarigen die in psychotherapeutische behandeling zijn, onderstreept.

## 1.4 Jeugddelinquentie

In de inleiding vermeldden we het fenomeen van de oververtegenwoordiging van allochtone jongeren in penitentiaire en repressieve instellingen. Men vraagt zich dan ook af of deze groep meer delinquent gedrag vertoont dan autochtone jongeren. Verschillende studies in binnen- en buitenland hebben getracht een antwoord op deze vraag te formuleren. Niet alleen België, ook andere landen hebben te kampen met een hoog criminaliteitscijfer bij allochtone jongeren en een oververtegenwoordiging van deze groep in penitentiaire instellingen. Dit probleem heeft de laatste jaren dan ook een sterke media-aandacht gekregen. Verschillende oorzaken die genoemd worden zijn culturele factoren, socio-economische belemmeringen, een verschillend arrestatiebeleid ten opzichte van allochtonen, en dergelijke meer (Vermeiren, 2000; Walgrave, 2001). We geven hier enkele verklaringmodellen beknopt weer, voor een uitgebreid verslag verwijzen we naar de referenties.

### *Enkele sociologische verklaringmodellen voor de oververtegenwoordiging van allochtone jongeren in criminaliteitscijfers*

Naar aanleiding van het mediadebat over allochtone jongeren en criminaliteit in Vlaanderen, zijn de laatste jaren verschillende studies uitgevoerd naar criminaliteit bij allochtone jongeren en de oorzaken van hun oververtegenwoordiging in criminaliteitscijfers en penitentiaire instellingen. In hun onderzoek naar de 'levensverhalen van jongeren van Turkse en Marokkaanse origine met een instellingenverleden' beschrijven Hebberecht, Duchateau en Van Poeck (2004) vier verklaringmodellen. We stippen hier kort de vier modellen aan, maar voor een uitgebreid verslag verwijzen we naar de publicatie van bovenvermeld onderzoek.

Een eerste model beroept zich op *culturele factoren*, waarbij crimineel gedrag het gevolg zou zijn van een dominante associatie met deviante subculturele waarden die aangeleerd worden in interactie met andere personen uit de directe omgeving. Van San (2001) stelt

dat culturele elementen nationaliteitsgebonden verschillen in de specifieke aard van criminaliteit kunnen verklaren (Hebberecht, 2004).

Anderen baseren zich eerder op een *structuralistisch verklaringsmodel*, de drang om materieel succes en een hoge status na te streven doet personen uit lage socio-economische klassen naar criminaliteit grijpen. Vooral personen uit lage socio-economische klassen zouden meer criminaliteit plegen<sup>3</sup>. Een hogere participatie van allochtone jongeren aan delinquente activiteiten zou vanuit dit perspectief een logisch gevolg zijn van hun oververtegenwoordiging in lagere socio-economische klassen (Hebberecht, 2004).

De *'sociale controle'- theorie* gaat ervan uit dat iedereen vanuit een natuurlijke interesse voor het eigenbelang het in zich heeft om crimineel gedrag te plegen. 'Mensen die sterke bindingen hebben met significante anderen, sterk betrokken zijn in allerlei conventionele subsystemen en geloven in de dominante waarden van de samenleving, zullen minder snel geneigd zijn om zich in de criminaliteit te storten' (Hebberecht, 2004). Maar, zoals vermeld in voetnoot 2, zijn allochtonen vermoedelijk ondervertegenwoordigd in fraude en belastingontduiking. De vraag is dan waarom allochtonen in bepaalde activiteiten zijn oververtegenwoordigd en autochtonen in andere.

Ten slotte vermelden zij nog het *'aanpassingsmodel'*, waarbij het gedrag van mensen gezien wordt als een combinatie van reacties op de structurele en economische beperkingen van de omgeving én van cultureel aangeleerde patronen. Vanuit een differentiële kansenstructuur en vanuit culturele factoren zou een oververtegenwoordiging van allochtone jongeren in de criminaliteit verklaard kunnen worden (Hebberecht, 2004).

In zijn onderzoek over 'Jeugddelinquentie in de stad' vertrek Walgrave (2001) vanuit de theorie van de maatschappelijke kwetsbaarheid. Deze theorie omvat elementen van bovenstaande modellen. Naast de opvoedingspatronen binnen het gezin spelen ook de school en de peergroup een belangrijke rol, de sociale bindingen en de sociale controle binnen deze instituties vormen basismechanismen ter voorkoming van criminaliteit. Een cumulatie van negatieve ervaringen in de contacten met maatschappelijke instellingen leidt tot ongunstige maatschappelijke vooruitzichten, maar dit alles moet gezien worden in een macrosociologische context. Een van de meest belangrijke contextgegevens is de

---

<sup>3</sup> Om dit hard te maken dient men echter fraude en belastingontduiking niet als criminaliteit te beschouwen...



stad, waar zich een concentratie van socio-economische problemen en probleemgroepen bevindt en waar situationele omstandigheden het plegen van delicten vergemakkelijken (Walgrave, 2001).

## 1.5 Jeugddelinquentie en psychopathologie

Verschillende studies wijzen op de relatie tussen gedragsproblemen en psychische problemen bij jongeren, dikwijls reeds op jonge leeftijd, en delinquent gedrag tijdens de adolescentie (Moffit, T.E., 1993; Vermeiren, 2000 & 2004). Bepaalde vormen van agressie op zeer jonge leeftijd hebben bijvoorbeeld een hoge voorspellende waarde voor gedragsproblemen op latere leeftijd en delinquent gedrag tijdens de adolescentie (Moffit, 1993; Vermeiren, 2000). Een studie van Vermeiren (2000) wees op een hoger arrestatiecijfer onder hyperactieve jongeren met gedragsproblemen die opgevolgd werden tot ze volwassen waren, in vergelijking met jongeren en volwassenen uit een controlegroep. Dit wijst erop dat hyperactiviteit gecombineerd met gedragsproblemen geassocieerd wordt met een verhoogde kans op recidivisme die ook blijft voortduren wanneer de betrokkene volwassen is (Vermeiren, 2000).

In het beleid inzake jeugddelinquentie staan ook weer omgevingsfactoren en in het bijzonder de problematische opvoedingssituatie centraal. Uit divers onderzoek blijkt evenwel dat omgevingsfactoren dienen gerelativeerd te worden wanneer het gaat over ernstig delinquent gedrag van jongeren. Zo is bijvoorbeeld met betrekking tot jeugddelinquentie aangetoond dat er een sterke relatie bestaat tussen recidivisme, het voorkomen van psychiatrische stoornissen (met name een disruptieve gedragsstoornis en depressie) en een significant slechter cognitief presteren. Uit onderzoek blijkt dat de grootste risicogroep voor een delinquente ontwikkeling die kinderen zijn waarbij de ontwikkeling reeds in de eerste drie levensjaren niet alleen door omgevingsfactoren maar ook door neurobiologische risicofactoren gehypothekeerd werd. Bij ernstige vormen van delinquent gedrag door jongeren is de problematische opvoedingssituatie vaak eerder een gevolg van een psychiatrische stoornis en mogelijk één van de factoren die een rol spelen in het voortduren ervan (Deboutte, 2003).

Een goede opvang van mensen met gedragsproblemen en psychische problemen, leidt naast een hoger welbevinden voor de betrokkene en zijn/haar directe omgeving tot een verhoogde veiligheid voor de samenleving. Gedrags- en/of psychische problemen liggen

dikwijls aan de basis van crimineel gedrag. Onze samenleving erkent dit door het bestaan van nauwe banden tussen de penitentiaire en de geestelijke gezondheidszorg. Het percentage delinquenten met psychische problemen ligt hoog. Ulzen & Hamilton (1998) vonden 75% van delinquenten die met psychische problemen te kampen hebben, gedragsproblemen niet meegerekend. Bovendien hebben veel delinquenten voorheen psychiatrische hulp verkregen. Oikoten, een organisatie die instaat voor onthemingsprojecten voor jongeren binnen de BJB, meldt dat meer dan de helft van de jongeren met wie ze werken in het verleden in contact is geweest met de psychiatrie (Lewis & S.S., 1980; Oikoten, 2004). Volgens hun ervaring ligt dit percentage hoger bij meisjes dan bij jongens. Studies over psychopathologie bij delinquente jongens en meisjes bevestigen inderdaad dat meer delinquente meisjes dan jongens een psychiatrisch verleden hebben. Bovendien hebben zij meer last van ernstige emotionele en gedragsproblemen dan jongens (Vermeiren e.a., 2002, Dembo, Williams & Schmeidler, 1993, Kataoka e.a., 2001). Volgens een exploratief onderzoek in een justitiële jeugdinstelling in Nederland was bij 80% van de meisjes sprake van een enkelvoudige of gecombineerde psychiatrische problematiek (Lenssen e.a., 1999). Ander onderzoek vond bij 66% van de meisjes een psychiatrische symptomatologie in het dossier (De Vries-Bouw e.a., 2004).

Deze band tussen gedragsproblemen en jeugddelinquentie verklaart op zich natuurlijk niet de oververtegenwoordiging van allochtone jongeren in penitentiaire instellingen en hun ondervertegenwoordiging in de geestelijke gezondheidszorg. Onderzoek heeft ook uitgewezen dat allochtonen niet meer psychische of gedragsproblemen hebben dan autochtonen. Waarin ligt dan het verschil?

Verscheidene studies wijzen op een grotere pakkans voor allochtone jongeren (onder andere Walgrave, 2001) of de selectiviteit naar sociale klasse en etnische achtergrond die eigen is aan het werk van politie en justitie (Foblets e.a., 2004). Dit kan hun oververtegenwoordiging in de criminaliteitscijfers wel gedeeltelijk verklaren, maar geeft niet echt een antwoord op hun oververtegenwoordiging in penitentiaire instellingen. Het jeugdrecht in België heeft namelijk een waaier aan maatregelen ter beschikking, waarvan de penitentiaire instellingen (in Vlaanderen gaat het om de gemeenschapsinstellingen en het centrum De Grubbe te Everberg) slechts één optie zijn die eerder in een minderheid van de gevallen genomen wordt.

In de volgende hoofdstukken gaan we dieper in op de problematiek van ondervertegenwoordiging van allochtone jongeren in de geestelijke gezondheidszorg en hun oververtegenwoordiging in repressieve en penitentiaire instellingen.



## 2. Geestelijke Gezondheidszorg in Vlaanderen<sup>4</sup>

De geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen is de laatste decennia sterk ontwikkeld. Steeds vaker worden psychische problemen en gedragsproblemen vroegtijdig gedetecteerd en wordt een aangepaste hulpverlening geboden. Hoewel nog weinig systematisch, is er zowel in de basisgezondheidszorg als in de eerstelijnsgezondheidszorg een groeiende aandacht voor emotionele en gedragsproblemen van kinderen en jongeren. De belangrijkste signalerende en doorverwijzende instanties binnen de basisgezondheidszorg zijn de Centra van Kind en Gezin (CKG) en de Centra voor Leerlingenbegeleiding (CLB). Binnen de eerstelijnsgezondheidszorg zijn dat de huisartsen, maar ook kinderartsen (tweedelijns) spelen een belangrijke rol in de detectie van gedragsproblemen en emotionele problemen bij kinderen (Deboutte, 2003).

Ook binnen de (integrale) jeugdhulp neemt de aandacht voor de geestelijke gezondheidszorg toe. Verschillende centra en diensten hebben een specifieke werking voor kinderen, andere zijn eerder gericht op volwassenen maar nemen indien nodig ook kinderen en jongeren op. Wat het aanbod voor kinderen en jongeren betreft, dient men een onderscheid te maken tussen opvangcentra binnen de bijzondere jeugdbijstand (zie verder) en de voorzieningen daarbuiten (zoals bijvoorbeeld de centra voor geestelijke gezondheidszorg, kinderpsychiatrie en observatie- en behandelingscentra). Het aanbod voor jongeren en kinderen met emotionele problemen en gedragsproblemen of stoornissen bestaat uit de kinder- en jeugdpsychiatrische centra, de revalidatiecentra voor kinderen en jongeren met psychiatrische aandoeningen, de jeugdteams binnen de ambulante geestelijke gezondheidszorg en de Observatie en Behandelingscentra (voorheen Medisch Pedagogisch Instituten) voor kinderen en jongeren met emotionele problemen en gedragsstoornissen (Deboutte, 2003).

Volgens het decreet van de Vlaamse Regering van 18/05/1999 betreffende de geestelijke gezondheidszorg heeft de geestelijke gezondheidszorg als opdracht 'verantwoorde zorg aan te bieden met het oog op het herstel van het psychisch evenwicht of het draaglijk

---

<sup>4</sup> Alinea's 2.1 en 2.4 zijn gedeeltelijk gebaseerd op Geets, Johan, Vanderwaeren, Els & Timmerman Christiane, (2001). Integrale jeugdzorg voor jongeren uit etnisch-culturele minderheidsgroepen met bijzondere aandacht voor buitenlandse niet-begeleide minderjarigen. PSW, Antwerpen: OASeS - UFSIA.

maken van psychische stoornissen voor patiënten en hun leefomgeving, opdat aldus patiënten competenties verwerven of ontwikkelen die de basis vormen voor hun emancipatie en hun maatschappelijk geïntegreerd functioneren' (Vlaanderen, departement Welzijn (online)). De kinder- en jeugdpsychiatrische centra en revalidatiecentra vallen hoofdzakelijk onder federale bevoegdheid. De ambulante geestelijke gezondheidszorg wordt gefinancierd vanuit de Welzijnsbegroting van de Gemeenschappen. In de sector van de zorg voor gehandicapten zijn er de Medisch-Pedagogische Instituten voor kinderen en jongeren met een emotionele of gedragsstoornis. In het kader van de federalisering kwamen zij onder de bevoegdheid van de Gemeenschappen. De financiering gebeurt vanuit de (Welzijns-)begroting.

Kenmerken van de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen zijn het persoonsgericht karakter van de hulpverlening, de vrijwilligheid van de dienstverlening (men kan geen hulp afdwingen, in tegenstelling tot bepaalde voorzieningen binnen de bijzondere jeugdbijstand) en motivatie als een belangrijke factor voor opname. De laatste jaren worden quasi alle voorzieningen overrompeld door hulpvragen. Meer en meer wordt er met wachtlijsten en zelfs lange wachtlijsten gewerkt. Dit brengt hen in een ambivalente positie: de grote toegankelijkheid heeft geleid tot wachtlijsten, met als resultaat een sterk verminderde toegankelijkheid van deze voorzieningen. De wachtlijst kan een negatief of zelfs discriminerend effect hebben tegenover minder sociaalvaardige personen (zie verder).

De meeste voorzieningen binnen de geestelijke gezondheidszorg die gericht zijn op kinderen en jongeren vallen binnen de integrale jeugdhulpverlening (zie verder). In dit hoofdstuk geven we een overzicht van de dienstverlening binnen de geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren die buiten de bijzondere jeugdbijstand bestaan.

## 2.1 Centra Geestelijke Gezondheidszorg

Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGG) zijn extramurale voorzieningen (op de tweede lijn) met een multidisciplinair team van medewerkers die op ambulante wijze gespecialiseerde hulp bieden aan cliënten op psycho-sociaal vlak. Men kan er terecht voor ambulante, gespecialiseerde hulp bij problemen van psychische, relationele of psychosomatische aard. Ze zijn verplicht aan iedere patiënt, zonder onderscheid van

leeftijd of geslacht, van ideologische, filosofische of godsdienstige overtuiging en zonder onderscheid van de vermogenstoestand van de betrokkene, verantwoorde zorg te verstrekken en hem/haar op een respectvolle manier te behandelen. De centra werken in de eerste plaats curatief. Daarnaast hebben ze ook een preventieve opdracht inzake het opsporen en voorkomen van psychische problemen, en het verlenen van informatie, voorlichting en vorming aan basishulpverstrekkers. Er zijn 21 centra, met 90 vestigingsplaatsen (VRIND, 2003). Jaarlijks doen in Vlaanderen ongeveer 55 000 personen (ongeveer 1% van de bevolking) een beroep op een CGG (FDGG, s.d.). Sommige centra hebben bijzondere aandacht voor ofwel specifieke leeftijdsgroepen (kinderen, adolescenten, bejaarden) ofwel voor bijzondere doelgroepen (verslaafden, kansarmen, allochtonen).

De Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg in Vlaanderen behoren tot ofwel de pluralistische federatie (FDGG) ofwel tot de katholieke federatie (VVI-CARITAS). In de sector van de Geestelijke Gezondheidszorg werden belangrijke fusies gerealiseerd tussen de centra voor Geestelijke Gezondheidszorg (CGGZ). Volwassenen kunnen er terecht met problemen als depressie, relatieproblemen, stress-problemen, seksuele moeilijkheden, angsten en fobieën, overspanning, alcoholisme, slapeloosheid, psychosomatische symptomen, enzovoort. Kinderen en hun ouders kunnen zich aanmelden met gedragsmoeilijkheden van een of meerdere kinderen, opvoedingsproblemen, bedwateren, angsten, stotteren, puberteitsproblemen, schoolproblemen en bijvoorbeeld seksuele problemen.

Ruim 25% van het cliënteel van de CGG is minderjarig (-18 jaar). Dit percentage is relatief hoog indien men vergelijkt met de bevolkingsstatistieken, ongeveer 22 % van de bevolking in het Vlaamse Gewest is jonger dan 20 jaar (NIS, 2004). De grootste groep hierbinnen (36%) is tussen 6 en 10 jaar, daarna volgen de 11 tot 15 jarigen (35.8%). De 0 tot 5 jarigen zijn 9.7% van het minderjarig cliënteel en de 16-17 jarigen vormen 18.5% van het totaal aantal minderjarigen in de registratie van CGG's. Achtenvijftig procent van hen zijn jongens, 42% zijn meisjes. De meerderheid (94.5 %) woont bij de ouders (zie ook tabel 19, verder in dit rapport). De redenen die de ouders aanbrengen voor een consultatie zijn voornamelijk de problemen die hun kinderen ervaren aangaande de relatiemoeilijkheden van de ouders (42.4%) en gedragsproblemen (28.6 %) (CGG, 2000, Timmerman, Geets & Vanderwaeren, 2001).

Van de nationaliteit of de etnische origine van de cliënten wordt geen registratie bijgehouden. In 1976 liep er reeds een project binnen de CGG's waarmee gegevens over de patiënt, problematiek en ondernomen activiteit werden geregistreerd. Daarin werd tot begin de jaren '80 ook de nationaliteit van de patiënt opgenomen. Omdat deze variabele slechts toepasselijk bleek in een beperkt aantal CGG's, werd beslist het item niet langer meer te registreren. Over de taal van de hulpverlening of het al dan niet in bezit zijn van wettige verblijfspapieren zijn nooit gegevens vastgelegd.

## 2.2 Kinderpsychiatrie

In sommige ziekenhuizen is een speciale eenheid voor de behandeling van kinderen met psychische problemen opgericht, zulke dienst wordt 'k-dienst' genoemd. Een k-dienst is een afdeling voor kinderpsychiatrie bestemd voor jonge patiënten die ofwel dringende hulp nodig hebben in geval van crisissituatie, ofwel een observatie of een actieve behandeling vergen. De dienst situeert zich binnen een instelling op het vlak van de neuro-psychiatrie. Er wordt residentiële, psychiatrische hulp aangeboden aan jongeren in zware geestelijke crisissituaties. K-diensten bieden residentiële hulpverlening (lange termijn) en kortstondige hulpverlening (niet langer dan 5 maanden).

Een K-dienst is geen gesloten dienst voor jongeren. Om deze reden komen (rand)psychiatrische jongeren dikwijls eerder in de bijzondere jeugdbijstand (BJB) terecht (bijvoorbeeld in een gesloten gemeenschapsinstelling, waar ze niet kunnen weglopen), waar ze eigenlijk niet thuishoren. Men spreekt dan van een oneigenlijke plaatsing (zie verder).

In het hoofdstuk over minderjarigen in psychiatrische instellingen (hoofdstuk 2 van deel 3) bekijken we de opnames van jongeren in de psychiatrie. Daar zullen we zien dat het aantal opnames van allochtone jongeren beperkt blijft.

## 2.3 Andere voorzieningen

### 2.3.1 Het Vlaams Fonds voor de sociale integratie van personen met een handicap (VLAFO).



De doelgroep van VLAFO zijn gehandicapten, maar bepaalde voorzieningen vangen ook jongeren op met gedrags- of emotionele stoornissen, die al dan niet een handicap hebben. De capaciteit van voorzieningen die zich bezighouden met de doelgroep van ons onderzoek is daarom moeilijk in te schatten.

### 2.3.2 Observatie- en behandelingscentra<sup>5</sup> (OBC)

De observatie en behandelingscentra (OBC) zijn opgericht in het kader van het Vlaams fonds. Men kan er terecht wanneer er (nog) geen duidelijkheid bestaat over de precieze aard van een handicap of psychische stoornis. Men kan er maximaal 16 maanden opgenomen worden. Op basis van het verblijf in deze instelling volgt een gerichte doorverwijzing naar een aangepast type van voorziening. De ouders worden gedurende het verblijf van hun kind nauw betrokken bij de diagnosestelling en behandeling en de eventuele doorverwijzing naar een gepaste dienst of voorziening (VLAFO, s.d.). Er zijn momenteel 6 OBC's in Vlaanderen met een totale capaciteit van 327 plaatsen, twee ervan bevinden zich in de provincie Antwerpen (VRIND, 2003).

### 2.3.3 Internaten en semi-internaten

Minderjarige personen met een handicap, gedragsstoornissen, gezichtsstoornissen, spraak- of gehoorstoornissen of een motorische stoornis kunnen gebruik maken van internaten en semi-internaten. Deze voorzieningen zijn meestal verbonden aan een onderwijsinstelling die in buitengewoon onderwijs voorziet (VLAFO, 2004). Binnen het VLAFO zijn 60 internaten (13 in de provincie Antwerpen) en 61 semi-internaten (16 in de provincie Antwerpen) erkend. Een aantal van hen zijn specifiek gericht op personen met een mentale of motorische handicap, andere hebben als doelgroep personen met een handicap en een eventuele bijkomende psychische stoornis, nog andere staan voornamelijk in voor kinderen en jongeren met een gedrags- of psychische stoornis.

---

<sup>5</sup> Volledige benaming : Centrum voor observatie, oriëntering en medische, psychologische en pedagogische behandeling.



### 3. Bijzondere Jeugdbijstand

De verschillende maatschappelijke (hulpverlenings-)instellingen in ons land maken een wezenlijk onderscheid tussen de burgers op grond van leeftijd. De leeftijd van 18 jaar vormt een scharnierleeftijd: na 18 jaar is men meerderjarig. Voor die leeftijd zijn bijzondere instellingen belast met een bijzondere benadering van de jonge burgers: het gezin (het ouderlijk gezag), het onderwijs (de leerplicht), de bijzondere jeugdbijstand en de gerechtelijke jeugdbescherming (vrijwillige en gedwongen hulpverlening) (Geets e.a., 2001).

De bijzondere jeugdbijstand (BJB) vormt een specifiek onderdeel van de integrale jeugdhulp. Ze is hoofdzakelijk gericht op minderjarigen in een **problematische opvoedingssituatie** (POS) en minderjarigen die een '**als misdrijf omschreven feit**'<sup>6</sup> (MOF) hebben gepleegd (VRIND, 2003).

#### 3.1 Bevoegdheidsverdeling tussen de Vlaamse Gemeenschap en de federale overheid.

Zoals verwacht kan worden in ons land, is de bevoegdheid over de jeugdbescherming verdeeld over de Vlaamse Gemeenschap en de federale overheid. Het sociale luik van de Jeugdbijstand is een bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap. Voor het gerechtelijk luik dient een onderscheid worden gemaakt tussen: maatregelen ten aanzien van de ouders, bijstand bij een als misdrijf omschreven feit, en problematische opvoedingssituaties. De 'maatregelen ten aanzien van de ouders' zijn een gedeelde bevoegdheid. Zo is bijvoorbeeld ouders het recht ontzeggen om nog langer de gezinsbijslag te ontvangen of hen ontzetten uit de ouderlijke macht, een federale bevoegdheid. De verplichte opvoedingsbijstand, de derde bevoegdheid ten aanzien van de ouders, is dan weer een bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap, die valt onder de maatregelen bij problematische opvoedingssituaties. Bij 'een als misdrijf omschreven feit' stelt de federale overheid vast welke maatregelen tegen de minderjarige kunnen worden genomen. Het ter beschikking stellen en de uitvoering van deze afdwingbare maatregelen,

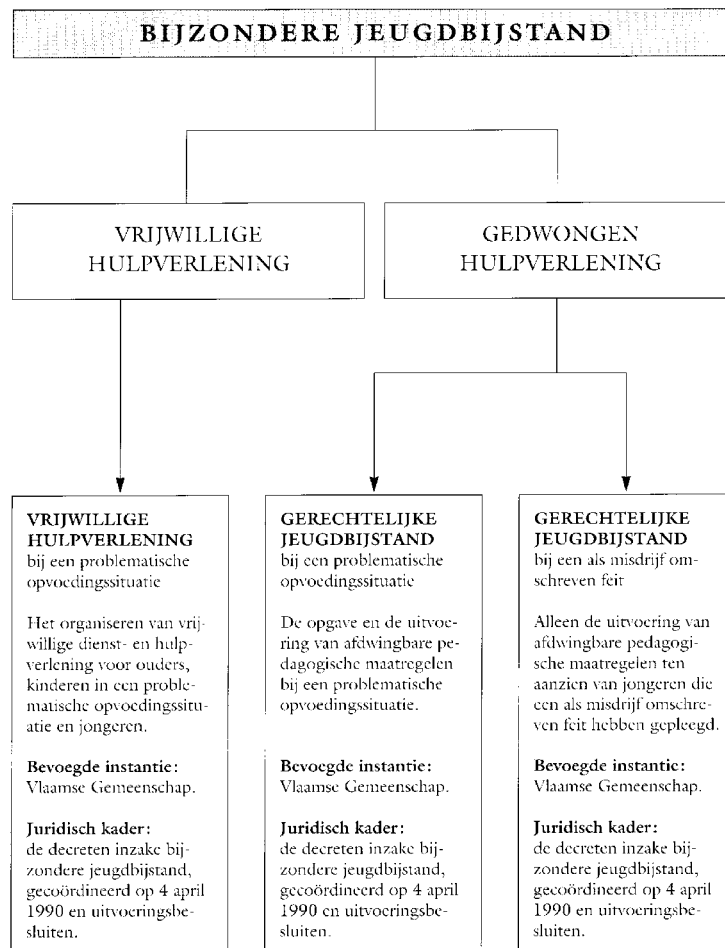
---

<sup>6</sup> Een minderjarige kan namelijk geen misdrijf plegen, enkel een 'als misdrijf omschreven feit'.

zijn evenwel een bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap. De Vlaamse Gemeenschap is ook volledig bevoegd voor de maatregelen bij 'problematische opvoedingssituaties'. Zij stelt vast welke maatregelen genomen worden en staat in voor de uitvoering ervan.

### 3.2 Organisatie van de bijzondere jeugdbijstand

De BJB bestaat uit twee luiken: 1) Sociale Jeugdbijstand (Vrijwillige Hulpverlening) 2) Gerechtelijke Jeugdbijstand (Gedwongen Hulpverlening). De Sociale Jeugdbijstand en de Gerechtelijke Jeugdbijstand zijn streng gescheiden. Elk luik heeft zijn eigen organen, cliënteel en hulpverlening. Het subsidiariteitsprincipe is hierbij van kracht: het gerechtelijk optreden is slechts verantwoord wanneer alle andere mogelijkheden werden benut. Schematisch wordt de BJB als volgt weergegeven:



(Bron: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 1994)

## 3.3 Vrijwillige hulpverlening

### 3.3.1 De Comités voor Bijzondere Jeugdzorg (CBJ's)

De CBJ's hebben als doel de:

- algemene preventie waarbij men gelooft in de mogelijkheden en de kracht van kinderen en jongeren in tegenstelling tot defensieve/repressieve preventie. Bij het opzetten van offensieve preventieprojecten zijn inspraak, participatie, luisteren naar de beleving van jongeren concrete handvatten om het respect voor kinderrechten te vertalen;
- individuele hulpverlening met nadruk op samenwerking met welzijnswerkers uit andere sectoren dan de Bijzondere Jeugdbijstand.

De CBJ's bestaan uit een Bureau voor Bijzondere Jeugdzorg en een Preventiecel. Een administratief secretariaat verzorgt de voorbereiding en de administratieve uitvoering van de maatregelen die door het Comité voor Bijzondere Jeugdzorg zijn genomen. Tevens kan het CBJ een beroep doen op een eigen sociale dienst.

In samenwerking met andere organisaties wil het CBJ elke problematische opvoedingssituatie voorkomen door de structurele oorzaken van uitsluitingsprocessen bij minderjarigen aan te pakken en door hun ontplooiingskansen te maximaliseren. Hiervoor richten de CBJ's zich tot de intermediairen (het middenveld en de burgermaatschappij) en de beleidsverantwoordelijken. De intermediairen zijn sleutelfiguren, organisaties en structuren die verantwoordelijkheid dragen voor jonge mensen (maatschappelijk opbouwwerk, onderwijs, jeugdwerk, Kind en Gezin, Algemeen Welzijnswerk, ...) (Geets e.a., 2001).

### 3.3.2 Bemiddelingscommissies

Indien het (vrijwillige) hulpverleningsproces dreigt vast te lopen kunnen jongeren, ouders, hulpverleners en het Comité Bijzondere Jeugdzorg zich wenden tot de bemiddelingscommissie. Ook het Openbaar Ministerie kan dossiers doorsturen naar de Bemiddelingscommissie. In al deze gevallen zal de deze commissie trachten te bemiddelen tussen de verschillende partijen. Indien ze erin slaagt de betrokkenen te verzoenen, dan laat zij de partijen het vergelijk schriftelijk bevestigen en wordt de vrijwillige hulpverlening verdergezet. Komen de betrokkenen niet tot een akkoord dan zal

de Bemiddelingscommissie beslissen of zij de zaak zo laten, dan wel doorverwijst naar de Jeugdrechtbank (Geets e.a., 2001).

De bemiddelingscommissie organiseert zelf geen hulpverlening, maar fungeert als een verzoeningsinstantie wanneer de vrijwillige hulpverlening dreigt te mislukken. Het is een orgaan dat vrijwillige hulpverlening tracht te bewerkstelligen door bemiddeling tussen de verschillende partijen: indien men tot een minnelijke schikking kan komen, blijft de zaak in de vrijwillige hulpverlening. Indien dit niet lukt wordt er een keuze gemaakt: ofwel wordt de zaak uit handen gegeven ofwel wordt deze doorverwezen naar het parket. Het laatste decennium is het aantal bemiddelingsverzoeken blijven stijgen, van 473 in 1993 tot 1.642 in 2002 (VRIND, 2003).

### 3.4 Gedwongen hulpverlening

Het tweede luik van de BJB is de Gerechtelijke Jeugdbijstand, ook wel gedwongen hulpverlening genoemd. Hiertoe behoren de Jeugdrechtbank (de jeugdrechter(s)) en de sociale dienst van de jeugdrechtbank).

De maatregelen genomen binnen de Gerechtelijke Jeugdbijstand zijn afdwingbaar. De bevoegdheden zijn op te splitsen in 1) regelingen naar aanleiding van problematische opvoedingssituaties en 2) regelingen betreffende jongeren die een als Misdrijf Omschreven Feit (MOF) hebben gepleegd. De Bijzondere Jeugdbijstand heeft als doelgroepen:

- de minderjarigen in gevaar: minderjarigen met een als misdrijf omschreven feit (MOF) en minderjarigen met een problematische opvoedingssituatie (POS);
- meerderjarigen (die zich als minderjarigen in een POS bevonden);
- gezinnen waarin MOF- of POS-jongeren opgroeien.

#### 3.4.1 De Jeugdrechtbank

Het actieterrein van de Jeugdrechtbank strekt zich uit op het vlak van het maatregelenrecht. De jeugdrechter beschikt over een ruim maatregelenpakket. Deze maatregelen kunnen zowel tijdens als na de voorbereidende rechtspleging worden genomen (in principe tot en met de leeftijd van 17 jaar). De voorbereidende rechtspleging is de fase die voorafgaat aan de vordering van het Openbaar Ministerie tot

het nemen van maatregelen ten gronde. In de voorbereidende fase is de maximum duurtijd van de maatregelen zes maanden. Elke maatregel kan op ieder moment worden ingetrokken of vervangen door een andere. Zowel de jongere zelf, de Sociale Dienst van de Jeugdrechtbank als het Openbaar Ministerie kan dit vragen.

In geval van reëel gevaar voor de minderjarige (incest, kindermishandeling) kan het Openbaar Ministerie zonder tussenkomst van de bemiddelingscommissie, aan de jeugdrechter vragen voorlopige maatregelen te nemen. Meestal zal de jeugdrechter in dergelijke situaties de jongere naar een onthaal- en oriëntatiecentrum of naar een observatiecentrum sturen. In uitzonderlijke gevallen kan hij/zij de jongere zelfstandig laten wonen, hem terugsturen naar de voorziening waar hij vroeger verbleef, hem laten opnemen in een gesloten instelling of de jongere toevertrouwen aan een familielid. De afdwingbare pedagogische maatregelen eindigen van rechtswege als de jongere achttien jaar wordt. Het is wel mogelijk om de hulpverlening (tot 21 jaar) op vrijwillige basis verder te zetten.

Er zijn drie situaties waarin de Jeugdrechtbank bevoegd is om maatregelen te nemen.

#### *Maatregelen ten aanzien van ouders*

De jeugdrechter kan een derde persoon aanwijzen die de gezinsbijslag zal innen en besteden aan kosten die verband houden met de opvoeding van de kinderen. Daarnaast kunnen ouders in geval van strafrechtelijke veroordeling of wanneer de opvoeding de gezondheid of zedelijkheid van het kind in gevaar brengt, geheel of gedeeltelijk ontzet worden uit de ouderlijke macht.

#### *Maatregelen bij een als misdrijf omschreven feit*

In Vlaanderen bestaat (nog) geen Jeugdsanctierecht. Een minderjarige kan zich dan ook niet schuldig maken aan strafbare feiten. Het Openbaar Ministerie kan wel aan de jeugdrechter vragen maatregelen te nemen als de minderjarige wordt vervolgd voor een als misdrijf omschreven feit. De jeugdrechter kan de jongere in zijn thuismilieu laten en hem gewoon berispen, hem onder toezicht stellen van de Sociale Dienst of dit koppelen aan bepaalde voorwaarden. Het betreft voorwaarden zoals geregeld schoolbezoek, een opvoedkundige taak vervullen of het in acht nemen van pedagogische richtlijnen. Een andere mogelijkheid is de jongeren te plaatsten in een onthaalgezin, een gewone

inrichting of hen toe te vertrouwen aan een Gemeenschapsinstelling van de Bijzondere Jeugdbijstand.

#### *Maatregelen bij problematische opvoedingssituaties*

In tegenstelling tot de twee vorige situaties wordt deze situatie niet geregeld door de Wet op de Jeugdbescherming maar door de gecoördineerde decreten op de Bijzondere Jeugdbijstand. De jeugdrechter kan zich enkel uitspreken over problematische opvoedingssituaties indien het Openbaar Ministerie hiertoe het initiatief neemt. De ouders, het kind of andere betrokkenen kunnen in geval van problematische opvoedingssituaties de zaak dus niet zelf aan de jeugdrechter voorleggen. Het Openbaar Ministerie kan bij problematische opvoedingssituaties slechts optreden nadat de Bemiddelingscommissie de zaak naar het parket heeft doorgestuurd.

#### 3.4.2 De Sociale Diensten van de Jeugdrechtbanken

De Sociale Diensten oefenen toezicht uit op de uitvoering van de afdwingbare pedagogische maatregelen in een POS en bij een MOF. Hun autonomie is bij decreet vastgelegd. De consultants van de sociale dienst stellen hulpverleningsprogramma's op en kijken toe op de fasering en het verloop ervan. Zij hebben een taak van ondersteuning, motivering, informatieverlening, bemiddeling en kwaliteitsbewaking. De betrokken consultant brengt door middel van een evolutieverslag schriftelijk rapport uit aan de Jeugdrechtbank over de uitvoering van de maatregel. Dit laat de jeugdrechter (Jeugdrechtbank) toe de beslissing in te trekken of te verlengen. De consultant kan ook de nodige initiatieven nemen opdat de jeugdrechter (Jeugdrechtbank) de maatregel zou vervangen (Geets e.a., 2001).



## 4. Voorzieningen binnen de bijzondere jeugdbijstand

### 4.1 Algemene voorzieningen

De erkende voorzieningen binnen de Bijzondere Jeugdbijstand worden ingedeeld in verschillende categorieën (VRIND, 2000 & 2003). Op basis van een aantal parameters (bevolkingsdichtheid, werkloosheidsgraad, verstedelijkingsgraad, ...) bepaalt de Vlaamse minister per regio de categorieën en de capaciteit van de voorzieningen. De Vlaamse regering stelt per categorie van voorzieningen de algemene en de specifieke erkenningsvoorwaarden vast. Voor de erkenning van private voorzieningen fungeren de administratieve en pedagogische inspectie, de jeugdrechter en het Comité Bijzondere Jeugdzorg als adviesorganen. Op 10 jaar tijd is het aantal erkende plaatsen binnen de Jeugdbijstand gestegen van 4.487 (in 1995) tot 5.323 (in 2004) (VRIND, 2003).

*Begeleidingstehuizen (Categorie 1 - capaciteit 2.888):* nemen uitsluitend minderjarigen en jongeren in residentieel verband op. Het zijn instellingen met een klassiek internaatstelsel. De erkenningen zijn gekoppeld aan leeftijdsgroepen: 0-3 jaar, 3-14 jaar en 14-20 jaar.

*Gezinstehuizen (Categorie 2 - capaciteit 75):* gezinnen die naast eigen kinderen maximum tien minderjarige jongeren van alle leeftijden in hun gezin opnemen. Het gaat hier veelal om plaatsingen van lange duur. De verantwoordelijken (meestal een echtpaar) moeten bovendien inwonen. Deze formule sluit dicht aan bij een gewoon gezin.

*Opvang-, oriëntatie- en observatiecentra (Categorie 3 - capaciteit 297):* deze centra nemen minderjarigen op voor observatie. Ze nemen ook minderjarigen op die door de politie werden aangehouden en niet onmiddellijk kunnen worden teruggebracht bij de personen die hen onder hun bewaring hebben, en niet onmiddellijk voor de gerechtelijke overheid kunnen worden gebracht. Zo nemen ze minderjarigen op die voor korte tijd uit hun milieu moeten worden weggehouden, voor wie naar een aangepaste regel wordt gezocht of die

voorlopig niet in een bepaalde instelling kunnen worden ondergebracht. De opvang is beperkt tot één maand (twee verlengingen van vijftien dagen zijn mogelijk)

*Dagcentra (Categorie 4 - capaciteit 651):* nemen de minderjarigen op tijdens bepaalde uren van de dag en begeleiden ambulante gezinnen waartoe zij behoren. Een dergelijk centrum wordt ingeschakeld als de ouders bijvoorbeeld door tijdelijke problemen hun pedagogische opdracht niet meer aankunnen. Via intensieve begeleiding zal het dagcentrum ernaar streven de situatie in het gezin weer te normaliseren.

*Thuisbegeleidingsdiensten (Categorie 5 - capaciteit 1.060):* begeleiden minderjarigen en de gezinnen waartoe ze behoren in hun thuissituatie. De bedoeling is dat de gezinnen na de begeleiding beter zouden functioneren en dat de ontplooiingskansen van de jongeren verbeteren.

*Diensten voor Begeleid Zelfstandig Wonen (Categorie 6 – capaciteit 352):* begeleiden ambulante minderjarigen en de jongeren die zelfstandig wonen. Zij doen aan intensieve begeleiding van jongeren vanaf zeventien jaar die zelfstandig wonen. Voor veel jongeren is het een tussenstap tussen een verblijf in een residentiële instelling en het volledig zelfstandig wonen vanaf de meerderjarigheid.

*Diensten voor pleegzorg (Categorie 7 – capaciteit 16):* organiseren de plaatsing van minderjarigen in pleeggezinnen. De diensten trachten geschikte pleeggezinnen te vinden voor kinderen die niet meer door de ouders kunnen worden opgevoed. De erkenning en subsidiëring van de voorzieningen wordt uitsluitend geregeld door de Vlaamse Gemeenschap.

## 4.2 De Gemeenschapsinstellingen

De Gemeenschapsinstellingen van Bijzondere Jeugdzorg (GBJ) werden door het Besluit van de Vlaamse regering van 18 oktober 1989 gevormd uit de vroegere rijksopvoedingsgestichten. Deze zijn: 'De Zande' Ruiselede (54 open en 26 gesloten plaatsen voor jongens)<sup>7</sup>, 'De Zande' Beernem (40 gesloten plaatsen voor meisjes), 'De

---

<sup>7</sup> Besluit van 12 oktober 2001.

hutten' Mol (40 gesloten plaatsen voor jongens)<sup>8</sup> en 'De Markt' Mol (62 open plaatsen voor jongens). De gemeenschapsinstellingen nemen een aparte plaats in in het voorzieningspakket van de Bijzondere Jeugdbijstand, onder meer wegens de opnameplicht tegenover de aan hen toevertrouwde minderjarigen die meestal een als misdrijf omschreven feit hebben gepleegd (MOF), ernstig vluchtgedrag vertonen of zich in een problematische opvoedingsituatie bevinden (POS).

### 4.3 Centrum De Grubbe<sup>9</sup>

Met het KB 1 maart 2002 werd het Centrum 'De Grubbe' te Everberg, een centrum voor opvang van minderjarigen die een MOF gepleegd hebben, opgericht<sup>10</sup>. Het centrum is enkel voor minderjarige jongens bestemd die een voldoende zwaar MOF<sup>11</sup> gepleegd hebben en die ouder zijn dan 14 jaar op het ogenblik van het plegen van het MOF. Verder moeten er dringende, ernstige en uitzonderlijke omstandigheden bestaan die betrekking hebben op de vereisten van bescherming van de openbare veiligheid. Bovendien is plaatsing in een andere inrichting onmogelijk wegens plaatsgebrek.

Meestal blijven de jongeren slechts 5 dagen te Everberg (in afwachting van hun uitspraak door de jeugdrechter). Daarna worden ze ofwel terug naar huis gestuurd (onder bepaalde voorwaarden) ofwel worden ze opgenomen te Mol of Ruislede. Wanneer de jongere voor een periode van 1 maand aan de instelling wordt toevertrouwd, start men met een oriëntatie. Dit om een advies aan de jeugdrechter te kunnen voorleggen, aan het eind van het verblijf.

Vooraf Antwerpen en Brussel zijn de grote leveranciers van jongeren voor Everberg. Aangezien Everberg een soort opvang is voor de 'overflow' van Mol en Ruislede is het profiel van de jongeren die hier terechtkomen erg gelijklopend met de andere jeugdinstanties Mol en Ruislede. De meerderheid zijn allochtonen, ongeveer een kwart

---

<sup>8</sup> Besluit 7 november 2003

<sup>9</sup> de informatie in deze alinea is hoofdzakelijk gebaseerd op een interview met de directie van het centrum.

<sup>10</sup> voor de historiek en juridische omschrijving ervan verwijzen we naar <http://www.users.telenet.be/strafrecht-strafuitvoering/degrubbe.pdf> (gelezen op 31/10/2004).

<sup>11</sup> opsluiting is mogelijk indien de straf kan resulteren in een opsluiting van 5 tot 10 jaar of indien het om een zwaardere straf gaat.

van de jongens zijn autochtone Belgen. De meerderheid van de allochtonen zijn van Marokkaanse origine. Soms komen er ook niet begeleide minderjarigen binnen, dit omwille van gepleegde feiten of omdat ze niet in het bezit zijn van papieren.

De Grubbe heeft plaats voor 50 jongeren: 24 'Vlaamse' jongeren (jongeren die door een rechtbank met zetel in het Nederlandstalige taalgebied aan het centrum worden toegewezen), 24 'Waalse' jongeren (jongeren die door een rechtbank met zetel in het Franstalige taalgebied aan het centrum worden toegewezen) en 2 'Duitse' jongeren (jongeren die door een rechtbank met zetel in het Duitstalige taalgebied aan het centrum worden toegewezen). Sinds de opening van de instelling te Everberg werden er 151 jongeren opgenomen (november 2003).

## 5. Plaatsingen

Plaatsingen binnen de bijzondere jeugdbijstand gebeuren in het kader van de vrijwillige hulpverlening en die van de gedwongen hulpverlening. Alvorens tot een plaatsing over te gaan dienen eerst alle andere vormen van hulpverlening uitgeput of ernstig overwogen te zijn geweest. De verwijdering uit het natuurlijke milieu moet daarbij van zo kort mogelijke duur zijn, en de effectieve binding met het gezin van oorsprong moet in principe worden bevorderd.

### 5.1 Plaatsingen in erkende voorzieningen

In 2001 zijn er 22.603 begeleidingen geïnitieerd door de Comités voor Bijzondere Jeugdzorg of door de Jeugdrechtbank, waarvan 5.418 eerste plaatsingen (VRIND, 2002).

Tabel 1 geeft een overzicht van de plaatsingen per voorziening.

Tabel 1: Aantal plaatsingen per voorziening binnen de BJB (VRIND, 2002)				
Voorziening	Totaal	Geïnitieerd door CBJ	Geïnitieerd door jeugdrechtbank	Eerste plaatsingen
Begeleidingstehuizen	4.654	2.431	2.223	703
Gezinstehuizen	96	47	49	15
OOOC	1.927	1.137	790	952
Dagcentra	1.082	851	231	328
Thuisbegeleiding	1.732	1.086	646	425
Begeleid zelfstandig wonen	588	428	160	113
Pleegzorg	3.515	1.855	1.660	518
Gemeenschapsinstellingen	1.222	-	1.222	314
<i>Totaal</i>	<i>22.603</i>	<i>9.404</i>	<i>13.199</i>	<i>5.418</i>

Bron: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, afdeling bijzondere jeugdbijstand.

Zowel het Comité Bijzondere Jeugdzorg als de jeugdrechter kunnen voor de plaatsing een bijdrage opleggen. De hoogte van de bijdrage wordt vastgesteld in functie van de draagkracht van de ouders.

## 5.2 Origine van de geplaatste jongeren

Cijfermateriaal over de aanwezigheid van allochtone jongeren in de verschillende voorzieningen van de bijzondere jeugdbijstand is nauwelijks voorhanden. Bovendien zijn de gegevens onderling moeilijk te vergelijken omdat verschillende diensten origine op een verschillende wijze definiëren. Om na te gaan of er een vorm van selectieve plaatsing is, is het echter belangrijk dat deze informatie bestaat.

Tabel 2 geeft een idee van de verdeling van jongeren die geplaatst zijn in een voorziening van de BJB in 2003 op initiatie van de jeugdrechtbank. Zoals men merkt uit de tabel, is de nationaliteit van veel jongeren niet bekend (omdat ze niet geregistreerd was op het niveau van de voorziening) en zijn uitspraken op basis van deze gegevens met een zekere reserve te nemen. Bovendien is, indien er al een registratie gebeurd is, deze gebaseerd op nationaliteit. Dit criterium (nationaliteit) geeft de situatie van jongere allochtonen niet

meer correct weer omwille van de versoepeling in de nationaliteitswetgeving in 1991 en 2000 (zie onder meer Lodewyckx, 2004).

Tabel 2: Verdeling van jongeren die op initiatie van de jeugdrechtbank geplaatst binnen een voorziening van de BJB naar nationaliteit, Vlaanderen (2003)

	<b>Belgische jongeren (%)</b>	<b>Buitenlandse jongeren (%)</b>	<b>Nationaliteit onbekend (%)</b>	<b>Totaal (%)</b>
Begeleidingstehuis	2753 (30,24)	220 (37,80)	1344 (29,15)	4317 (30,20)
Dagcentrum	758 (8,33)	16 (2,75)	279 (6,05)	1053 (7,37)
BZW	278 (3,05)	38 (6,53)	269 (5,83)	585 (4,09)
Pleegzorg	2188 (24,04)	130 (22,34)	1188 (25,76)	3506 (24,52)
gemeenschapsinstelling	464 (5,10)	65 (11,17)	435 (9,43)	964 (6,74)
Gezinstehuis	60 (0,66)	2 (0,34)	23 (0,50)	85 (0,59)
O00C	1480 (16,26)	89 (15,29)	469 (10,17)	2038 (14,26)
Thuisbegeleiding	1122 (12,33)	22 (3,78)	604 (13,10)	1748 (12,23)
<i>Totaal</i>	<i>9103 (100,00)</i>	<i>582 (100,00)</i>	<i>4611 (100,00)</i>	<i>14296 (100,00)</i>

Bron: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, afdeling bijzondere jeugdbijstand.

Van de jongeren waarvan de nationaliteit geregistreerd is, zijn de drie meest voorkomende plaatsingen voor zowel Belgische als buitenlandse jongeren dezelfde. Op de eerste plaats komt het begeleidingstehuis, op de tweede plaatsing in een pleeggezin en ten derde plaatsing in een O00C. Het percentage buitenlandse jongeren die geplaatst werden in een begeleidingstehuis ligt echter hoger dan het percentage Belgische jongeren (38% tegenover 30%). De tabel suggereert ook een oververtegenwoordiging van buitenlandse jongeren in gemeenschapsinstellingen (11% tegenover 5% Belgische jongeren). Het aantal jongeren in gezinsbegeleiding ligt dan weer opmerkelijk hoger bij Belgische jongeren (12%) dan bij de buitenlandse jongeren (4%).

Bij wijze van voorbeeld geven we hierna de plaatsingen naar herkomst voor twee voorzieningen binnen de BJB, namelijk de thuisbegeleidingsdiensten en de gemeenschapsinstellingen.

### 5.2.1 Thuisbegeleidingsdiensten

Het aantal kinderen van niet-Belgische oorsprong dat in thuisbegeleiding terecht komt ligt laag, dit kon reeds afgeleid worden uit tabel 2. Tabel 3 toont de evolutie van het aandeel kinderen van niet-Belgische afkomst in thuisbegeleiding in Vlaanderen voor de periode 2001-2004. Sinds 2001 is hun aandeel lichtjes gestegen, maar blijft toch nog laag.

Tabel 3: Percentage kinderen in thuisbegeleiding naar herkomst<sup>12</sup>, Vlaanderen (2001-2004)<sup>13</sup>

	2001 (N= 1030)	2002 (N= 1171)	2003 (N= 1082)	2004 (N= 1404)
Belgisch	92	90	88	89
Andere EU burger	1	2	2	2
Magreb-Turks	2	4	1	4
Gemengd gezin	2	5	7	4
Andere	2	0	2	1
<i>Totaal</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Bron: Centrum Ambulante Begeleiding, vzw, Gent.

### 5.2.2 Gemeenschapsinstellingen

Zoals in de inleiding gesuggereerd en uit tabel 2 kan afgeleid worden, zijn allochtone jongeren oververtegenwoordigd in de gemeenschapsinstellingen. Tabel 4 geeft het percentage buitenlandse jongeren in de gemeenschapsinstellingen voor de jaren 1997 en 1999. Hoewel niet actueel meer, leveren deze data toch interessante informatie op. Men stelt namelijk vast dat reeds in de jaren negentig van vorige eeuw, het percentage buitenlandse jongeren in deze instellingen zeer hoog was. Men kan gerust aannemen dat deze trend<sup>14</sup> nog steeds gelijkloopt of zelfs doorzet.

<sup>12</sup> Op basis van het land van herkomst van het kind.

<sup>13</sup> Gegevens van 32 van de 42 bestaande thuisbegeleidingsdiensten in Vlaanderen.

<sup>14</sup> Zeker indien men de herkomst en niet louter de nationaliteit in rekening brengt.

Tabel 4: Percentage buitenlandse<sup>15</sup> jongeren in de gemeenschapsinstellingen

	1997	1999
De Zande, Ruiselede	19,0	19,7
De Zande, Beernem	13,8	-
De Markt, Mol	45,5	46,2
De Hutten, Mol	45,0	-

Bron: Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, afdeling gemeenschapsinstellingen

Antwerpen is niet alleen de grootste klant voor de gemeenschapsinstelling te Mol maar levert ook naar verhouding veel meer vreemdelingen dan andere arrondissementen. In de meisjesinstelling bestaat de overgrote meerderheid van minderjarigen uit autochtonen. De laatste jaren worden er echter ook meer meisjes uit Oost-Europa geplaatst. De plaatsing van Turkse en Marokkaanse meisjes en vrouwelijke zigeuners blijft ongeveer een constante en is niet nieuw. Onder de niet-Belgen en niet-Europese onderdanen van de jongensafdeling van De Zande (Ruiselede) vinden we vooral Marokkanen en Turken, voornamelijk uit de regio's Gent en Lokeren (Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, 1998; Woodward & Celis, 2001)

### 5.2.3 Het Huis van Arrest

Bij ontstentenis van opnamemogelijkheden kwamen jongeren tot in 2002 ook terecht in het Huis van Arrest. Deze maatregel werd in de meeste gevallen opgelegd aan minderjarige jongens, zelden aan meisjes. Tabel 5 geeft een overzicht van de nationaliteiten die voorkwamen bij minderjarigen die geplaatst waren in 2000 in het Huis van Arrest te Antwerpen. De tabel maakt ook een opsplitsing op basis van origine (hier wordt niet naar de nationaliteit, maar naar het land van origine gekeken). De grootste groep van jongeren die in het Huis van Arrest terechtkwamen, waren jongeren met de Belgische nationaliteit (45%), gevolgd door jongeren met Marokkaanse nationaliteit (24%). Het waren vooral de jongeren van Marokkaanse origine die werden doorverwezen naar het Huis van Arrest (39%). Een derde van hen had wel de Belgische nationaliteit.

<sup>15</sup> Jongeren die de Belgische nationaliteit niet hebben.



Tabel 5 toont duidelijk een oververtegenwoordiging van jongeren van allochtone origine in het Huis van Arrest te Antwerpen. Op basis van de niet-Belgische nationaliteit is dit immers al 55%. Indien we de origine van de jongeren als vertrekpunt nemen dan is hun percentage 77,6%.

Tabel 5: Nationaliteit en origine <sup>16</sup> van de plaatsing in het Huis van Arrest (2000)		
	Nationaliteit	Origine
Albanees	1	1
Belgische	30	15
Congolees	1	3
Ghanees	1	1
Italiaans	1	1
Joegoslavisch	3	3
Marokkaans	16	26
Pool	1	1
Roemeens	4	5
Russisch	1	1
Servisch	1	2
Spaans		1
Tunesisch	1	1
Turks	4	4
Onbekend	2	2
<i>Totaal</i>	<i>67</i>	<i>67</i>

Bron: Sociale Dienst, Jeugdrechtbank Antwerpen

### 5.3 'Oneigenlijke' plaatsingen in de gemeenschapsinstellingen

Hoewel de Belgische wetgeving stelt dat plaatsing in een gesloten instelling slechts in zeer zwaarwichtige gevallen kan worden opgelegd<sup>17</sup> en jongeren slechts in uitzonderlijke

<sup>16</sup> voor personen met de Belgische nationaliteit, maar niet van Belgische origine worden hier het land van origine geregistreerd

<sup>17</sup> Jeugdbeschermingswet van 8 april 1965: "(...) Deze beslissing kan enkel worden genomen indien de betrokkene blijf geeft van aanhoudend wangedrag of zich gevaarlijk gedraagt of indien een gerechtelijk onderzoek dit vereist.", (Art. 52 quarter, § 2).

omstandigheden vanaf de leeftijd van 12 jaar in gesloten instellingen mogen worden geplaatst, verblijven delinquente jongeren en jongeren uit problematische opvoedingssituaties echter op dezelfde afdelingen in de gemeenschapsinstellingen. Er is dus een oneigenlijk gebruik van de gemeenschapsinstellingen. De instellingsverantwoordelijken hebben veelal geen zicht op de bedoeling van de plaatsing van de minderjarigen noch van de verwachtingen omtrent het hulpverleningsaanbod (Van Welzenis, Lemmens, 1997).

Het gezin van de minderjarige krijgt zelden hulpverlening aangeboden tijdens zijn/haar verblijf in de instelling. De bezoeken worden niet voldoende benut om contacten met de ouders te leggen en te onderhouden. Door de minderjarigen uit hun omgeving te halen en de omgeving ongemoeid te laten, werkt men niet aan een oplossing voor de situatie thuis. Er is een grote turnover omwille van de kortere verblijfsduur in vergelijking met vroeger. Het risico dat het na terugkeer uit de gemeenschapsinstelling opnieuw fout loopt of in elk geval dat de situatie niet verbeterd is, is groot (Geets e.a., 2001). Daarom is het noodzakelijk om in een problematische gezinssituatie, ongeacht of de minderjarige op basis van een problematische opvoedingssituatie of een als misdrijf omschreven feit werd gevorderd, gezinsondersteuning te geven (Vlaamse Regering, 2001). In 2002-2003 zijn echter wel stappen ondernomen om de contacten met de familie te verbeteren (ICEM, 2004).

Het ontbreken van een halfopen instelling voor meisjes is op zich al een knelpunt en de bijgevolg bruuske overgang van volledig gesloten naar een volledig open instelling of een terugkeer naar huis, wijst nog nadrukkelijker op de noodzaak van een gezinsbegeleiding vanuit de gemeenschapsinstellingen of de nazorg voor de minderjarige en het gezin.

## 6. Alternatieve maatregelen

Voor jongeren die een 'als misdrijf omschreven feit' gepleegd hebben, bestaan naast de plaatsingen in een voorziening van de bijzondere jeugdzorg, ook alternatieve of opvoedkundige maatregelen. Men onderscheidt drie vormen: gemeenschapsdienst, leer-of vormingsprojecten en herstelbemiddeling. Alternatieve maatregelen vormen een steeds belangrijker aandeel van het pakket.

Een alternatieve maatregel kan opgelegd worden door een parketmagistraat of een jeugdrechter. In elk gerechtelijk arrondissement zijn specifieke diensten in het leven geroepen die bevoegd zijn voor de uitvoer van zulke maatregelen. In het arrondissement Antwerpen heeft men bijvoorbeeld de dienst ADAM (Antwerpse dienst voor alternatieve maatregelen) en Elegast.

Om een opvoedkundige maatregel opgelegd te krijgen is de ingesteldheid van de dader belangrijk. In principe dient de dader de feiten te bekennen om in aanmerking te komen. Men gaat er namelijk van uit dat indien een dader, ondanks de bewijslast, blijft ontkennen, zijn/haar medewerking en motivatie voor de uitvoering van de alternatieve maatregel beperkt zal zijn en bijgevolg ook de slaagkansen van het project.

In 2001 werden 2.331 herstelgerichte afhandelingen aangemeld bij de diensten van de Vlaamse Gemeenschap, in 24,9% van de gevallen ging het om gemeenschapsdienst, 19,6% waren leerprojecten en 55,5% herstelbemiddelingen. In het gerechtelijk arrondissement Antwerpen werden 860 aanmeldingen gedaan, waarvan 35,7% gemeenschapsdienst betrof, 33,8% leerprojecten en 30,5% herstelbemiddeling (Van Camelbeke, 2003).

## 6.1 Gemeenschapsdienst

De minderjarige voert een bepaald aantal uren dienstverlening uit in dienst van de gemeenschap. Dit gebeurt in de vrije tijd van de jongere. De gemiddelde leeftijd van de daders die een aantal uren dienstverlening uitvoeren bedraagt 16 à 17 jaar (Preventieteam Bijzondere Jeugdbijstand regio Antwerpen, 2004).

## 6.2 Leerprojecten

De jongere werkt gedurende een bepaalde periode op een actieve en creatieve manier aan het verruimen van inzichten, vaardigheden en gedragsmoeilijkheden. Het kan gaan om een vorming, een begeleiding of een behandeling. Een behandeling richt zich tot jongeren met een psychiatrische stoornis, een vorming niet (Van Camelbeke, 2003).

## 6.3 Herstelbemiddeling

Bij deze maatregel start een neutrale bemiddelaar een communicatieproces op tussen dader, ouders en slachtoffer(s) om samen te zoeken naar een voor iedereen aanvaardbare vorm van herstel van de materiële, morele en/of psychische schade. De jongere wordt hierdoor gestimuleerd om zelf verantwoordelijkheid te nemen in het herstellen van de schade aan het slachtoffer. Een belangrijk aspect is de betrokkenheid van de ouders. Naast herstel kan een herstelbemiddelingsvoorstel ook de uitvoering van een aantal uren dienstverlening of het volgen van een leerproject inhouden.

Herstelbemiddeling kan zowel door de dader als door het slachtoffer aangevraagd worden. Om in aanmerking te komen voor een herstelbemiddeling dient een dossier te voldoen aan de volgende criteria: het gaat om een als misdrijf omschreven feit (MOF), de dader is gekend en ging over tot bekentenissen en er is een gekend slachtoffer dat materiële en/of morele schade heeft geleden (Martens-Sotteau vzw, 2003). De gemiddelde leeftijd van de daders die herstelbemiddeling volgen is 14,5 jaar.

Sinds 2001 bestaat er een nieuwe vorm van herstelbemiddeling: herstelgericht groepsoverleg, kortweg HERGO genoemd. Hierbij zijn een politiebeambte en steunpersonen voor dader en slachtoffer betrokken. In tegenstelling tot alle andere alternatieve maatregelen kan deze sanctie enkel opgelegd worden door de jeugdrechter, ze wordt ook voorbehouden voor ernstige misdrijven (Preventieteam Bijzondere Jeugdbijstand regio Antwerpen, 2004).

Ook allochtone jongeren krijgen alternatieve maatregelen opgelegd. Tabel 6 geeft een opsplitsing naar herkomst van de jongeren die bij de twee diensten die in het gerechtelijk arrondissement Antwerpen in 2001 een alternatieve sanctie hebben gevolgd (Van Camelbeke, 2003). Hoewel de registratie van herkomst in beide diensten op een andere wijze werd uitgevoerd, verschillen de cijfers niet zodanig. Opvallend is zelfs dat hoewel Elegast op basis van etnische herkomst registreert toch een hoger percentage autochtone jongeren heeft dan allochtone in vergelijking met ADAM, waar op basis van nationaliteit werd geregistreerd.

Tabel 6: Minderjarigen die een alternatieve maatregel gevolgd hebben naar herkomst, gerechtelijk arrondissement Antwerpen, 2001

	Autochtoon (%)	EU burger (%)	Allochtoon (%)	Onbekend (%)	Totaal
ADAM <sup>18</sup>	256 (56,76)	8 (1,77)	143 (31,71)	44 (9,76)	451
Elegast <sup>19</sup>	323 (64,47)	12 (2,40)	157 (31,34)	9 (1,80)	501
<i>Totaal</i>	<i>579 (100,00)</i>	<i>20 (100,00)</i>	<i>300 (100,00)</i>	<i>53 (100,00)</i>	<i>952</i>

Bron: Van Camelbeke, 2003

Tabel 7 geeft een overzicht voor de drie werkvormen van alternatieve sancties voor heel Vlaanderen, voor diensten waar registratie van origine is gebeurd. Bij deze gegevens is enige voorzichtigheid geboden, slechts de helft van de diensten registreert de etnische origine van zijn cliënteel. Bovendien hanteren de verschillende diensten niet altijd dezelfde (zoals hierboven reeds is opgemerkt) operationele definitie van de variabele origine (de ene keer wordt nationaliteit van de cliënt als criterium gebruikt, de andere keer de nationaliteit van (een van) de ouders).

Tabel 7: Aandeel autochtonen en allochtone minderjarigen per werkvorm, gerechtelijk arrondissement Antwerpen, 2001

	Autochtoon (%)	Allochtoon (%)	Onbekend (%)	Totaal
dienstverlening	259 (20,19)	183 (34,72)	21 (39,62)	463
leerprojecten	224 (17,46)	120 (22,77)	16 (30,19)	360
herstel	800 (62,35)	224 (42,50)	16 (30,19)	1040
<i>Totaal</i>	<i>1283 (100,00)</i>	<i>527 (100,00)</i>	<i>53 (100,00)</i>	<i>1863</i>

Bron: Van Camelbeke, 2003

De meeste jongeren die een alternatieve maatregel volgen, doen aan herstelbemiddeling. Zowel bij autochtone als allochtone jongeren is het percentage herstelbemiddelingen het grootst (respectievelijk 62% en 43%), hoewel dit percentage bij autochtone jongeren veel hoger ligt. Meer dan een derde van de allochtone jongeren (35%) voert een aantal uren

<sup>18</sup> Registratie op basis van nationaliteit.

<sup>19</sup> Registratie op basis van etnische afkomst.

dienstverlening uit, bij autochtone jongeren ligt dit percentage lager, een op vijf (20%) doet aan gemeenschapsdienst.

Bovenstaande tabellen geven echter geen informatie over het aandeel van alternatieve straffen binnen het totaal pakket van maatregelen. De vraag dient daarbij gesteld of allochtone jongeren andere maatregelen opgelegd krijgen dan autochtone jongeren. Tabel 13 (zie verder) toont aan dat in 2002 in het gerechtelijk arrondissement te Antwerpen bijna de helft van de autochtone (47%) en zelfs iets meer dan de helft van de allochtone<sup>20</sup> (53%) jongeren deze maatregel opgelegd krijgen.

---

<sup>20</sup> Registratie op basis van etnische afkomst.

## 7. Gerichte acties voor allochtone jongeren

In 1999 werden voor het eerst vanuit de Bijzondere Jeugdbijstand initiatieven erkend, gericht naar specifieke doelgroepen onder meer allochtone jongeren. Dit is in zekere zin een categoriaal hulpverleningsaanbod:

- vzw 't Huis werd erkend als Begeleidingstehuis voor niet-begeleide minderjarige jongens en meisjes, met een capaciteit van vijftien jongeren;
- dagcentrum Taïtoem, deel uitmakend van dagcentrum De Touter, kreeg een capaciteitsuitbreiding en afzonderlijke locatie voor zes Marokkaanse jongeren van zes tot achttien jaar;
- de Thuisbegeleidingsdienst voor gezinnen van Marokkaanse origine maakt deel uit van het Regionaal Centrum voor Thuisbegeleiding van vzw De Touter. Ze kregen een capaciteitsuitbreiding van 24 naar 32 waardoor er voor de specifieke werking met acht Marokkaanse gezinnen gekwalificeerd personeel werd aangeworven (er wordt gezocht naar een afzonderlijke, geschikte locatie);
- binnen de pleeggezinnendienst Opvang werd een project gestart 'Pleegzorg Dunya' specifiek voor allochtonen.

In 2003 en 2003 zijn er geen specifieke acties ondernomen binnen de bijzondere jeugdzorg. Met het oog op drempelverlaging en bereikbaarheid van rechtstreeks toegankelijke hulp werd wel intensief samengewerkt met het project van integrale jeugdhulp (zie verder) (ICEM, 2004).

In regio's waar meer dan 5% van de bevolking niet-autochtoon is, en/of waar er meer dan 10.000 allochtonen wonen, moet minstens één van de leden van het CBJ een bijzondere deskundigheid bezitten inzake de problematiek van niet-autochtonen (Geets e.a., 2001).

Een belangrijk initiatief ter ondersteuning van de hulpverlening aan allochtonen binnen de BJB is de oprichting geweest van de Ondersteuningsteams Allochtonen<sup>21</sup> (OTA's)

---

<sup>21</sup> Voor een uitgebreid overzicht van het doel en de werkmethode van de OTA's verwijzen we naar Huybrechts A., (1999). Ondersteuningsteam. Bemiddelen tussen diensten Bijzondere Jeugdbijstand en migrantengezinnen, en

geweest. Zij hebben tot doel de hulpverlening voor allochtone cliënten te optimaliseren. De OTA's hebben niet tot doel de bestaande hulpverlening te vervangen, maar werken complementair aan de bestaande diensten en ondersteunend. Essentieel is het mee inbrengen van de culturele of interculturele component in de hulpverlening. Een OTA is met andere woorden een toegevoegde dienst, die binnen de Bijzondere Jeugdzorg een inclusief beleid mogelijk maakt.

De doelgroep van het OTA bestaat uit de consulterende diensten en voorzieningen en uit allochtone jongeren of allochtone gezinnen binnen de BJB. Ze mogen 5% van hun inzet gebruiken voor hulpverlening aan minderjarigen van allochtone origine buiten de BJB, zoals via de CLB's of de sociale dienst van de jeugdbrigade (Hayat, s.d.). Waar de OTA's zich aanvankelijk voornamelijk richtten op mensen met een Turkse of Marokkaanse achtergrond blijkt uit de jaarverslagen van de OTA's dat zij in hun werking steeds vaker worden geconfronteerd met personen van een andere dan Marokkaanse of Turkse origine.

De Vlaamse regering heeft vier overeenkomsten afgesloten met OTA's (in Antwerpen, Limburg, Oost-Vlaanderen en Vlaams Brabant) om de diensten (CBJ's, Bemiddelingscommissies, en Sociale Diensten van de Jeugdrechtbanken) en voorzieningen van de Bijzondere Jeugdzorg waaronder ook de gemeenschapsinstellingen te ondersteunen.

---

tussen migrantenouders en hun kinderen. In: P. Meurs & A. Gailly (red.). *Wortelen in andere aarde*. Leuven: Acco, p 43-50.



## 8. Naar een Integrale Jeugdhulpverlening...

Het spreekt voor zichzelf dat problemen zich vaak niet alleen aandienen. Het ontbreken van een degelijk sociaal netwerk, de sociaal-economische positie waarin iemand zich bevindt en het niet vertrouwd zijn met het sociaal welzijnsveld, maakt dat jongeren die nood hebben aan hulp, vaak te kampen hebben met een kluwen van aan elkaar gelieerde problemen die moeilijk kunnen worden opgevangen door één bepaalde hulpverleningsinstantie. Het is immers niet eenvoudig om vanuit gespecialiseerde hulpverleningsinstanties een antwoord te formuleren op multidiagnostische problemen. Vanuit deze noodzaak zijn er de laatste jaren veranderingen ontstaan in het denken over jeugdhulp.

Zoals blijkt uit de vorige twee hoofdstukken wordt de laatste decennia steeds meer belang gehecht aan het welzijn en de (geestelijke) gezondheid van minderjarigen in ons land. Dit kan onder andere afgeleid worden uit de sterke ontwikkeling van zowel de GGZ als de BJB. Eind jaren '90 van vorige eeuw kwamen tijdens een aantal hoorzittingen in het Vlaams Parlement echter verschillende knelpunten aan het licht binnen de BJB. De sector was namelijk onder een enorme druk komen te staan wegens het hoge aantal jongeren dat er terecht kwam, een gebrek aan capaciteit en een nood aan steeds meer middelen (Van Coppenolle & Brans, 2004). Gaandeweg werd het echter duidelijk dat die knelpunten zich in een veel bredere context situeerden dan louter de BJB en werden ook andere sectoren binnen de jeugdhulp opgenomen. Concreet gaat het om:

- Algemeen Welzijnswerk
- Bijzondere Jeugdbijstand
- Centra voor Integrale Gezinszorg
- Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg
- Centra voor Leerlingenbegeleiding
- Kind en Gezin
- Vlaams Fonds voor Sociale Integratie voor Personen met een Handicap

Een aantal problemen waarmee deze sectoren geconfronteerd worden, zijn: de *verkokering* van de sectoren (het bestaan van verschillende departementen, regelgevingen, drempels

en toegangspoorten en een gebrek aan coördinatie). Voor de cliënt is de hulpverlening eigenlijk een *ondoorzichtig* kluwen en bepaalt het toeval in grote mate waar een cliënt uiteindelijk terecht komt. Dit heeft tot gevolg dat cliënten in principe in meerdere sectoren kunnen terechtkomen, maar ook dat er *restgroepen* ontstaan die noch in het ene, noch in het andere vakje passen. Een goed voorbeeld<sup>22</sup> hiervan zijn de delinquentie jongeren met een psychiatrische problematiek: in de gesloten gemeenschapsinstellingen zegt men te weinig expertise te hebben voor de psychiatrische problemen, in de psychiatrie is men onvoldoende uitgerust om met dergelijke delinquentie om te gaan. Hoewel dit terechte bedenkingen zijn, dreigen de jongeren in kwestie nergens terecht te kunnen. Bovendien wordt de hulp die een jongere effectief krijgt, dikwijls bepaald door het bestaande *aanbod* dan door de vraag/nood van de cliënt. Dit soort situaties leidt tot het probleem van oneigenlijke plaatsingen (zie verder, hoofdstuk IV.3.2).

Ten slotte dient nog de gebrekkige registratie vermeld. Er bestaan weinig gegevens over de hulpvragen en het profiel van de cliënten (zeker niet naar herkomst) en indien er al een vorm van registratie gebeurt, is deze sectorafhankelijk en moeilijk onderling vergelijkbaar (Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, departement Welzijn (jeugdhulp) (online)).

Het is dan ook geen slechte zaak dat er sinds 2000 gewerkt wordt aan een nieuw concept rond integrale jeugdhulp (IJH) (toen onder impuls van de minister van Welzijn, Gezondheid en Gelijke kansen en de minister van Onderwijs). de decreten *betreffende de Integrale Jeugdhulp* en het *besluit inzake de afbakening van het toepassingsgebied van de integrale jeugdhulp en van de regio's integrale jeugdhulp en tot regeling van de beleidsafstemming integrale jeugdhulp* werden in 2004 goedgekeurd door de Vlaamse

---

<sup>22</sup> Een ander voorbeeld is het probleem van gedragsgestoorde kinderen die zich in een problematische opvoedings situatie bevinden. Voor de gedragsstoornis is hulp via het VLAFO aangewezen. Maar omdat er ook een problematische opvoedings situatie is, is de kans groot dat het kind wordt doorverwezen naar de BJB. Deze laatste zal echter de gedragsstoornis als reden voor afwijzing gebruiken. Met andere woorden, de Vlaamse regelgeving sluit een aanbod "op maat" uit waarin zowel het VLAFO als de BJB zouden meewerken omdat een 'dubbele subsidiëring' wettelijk niet mag, met andere woorden, dat een gedragsstoornis en een problematische opvoedings situatie kunnen samengaan, is wettelijk niet voorzien (Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, departement Welzijn (jeugdhulp) (online)).

Regering<sup>23</sup>. Momenteel valt de bevoegdheid voor IJH onder het Vlaams Ministerie voor Welzijn, Gezondheid en het Gezin en dat voor Onderwijs en Vorming.

Doelstelling van de integrale jeugdhulp is de organisatie van het jeugdhulpaanbod zodanig te verbeteren dat de hulp zoveel mogelijk afgestemd kan worden op de vraag van de ouders en/of hun kinderen. Iedereen krijgt de garantie om binnen de jeugdhulpverlening het zo juist mogelijke antwoord te krijgen op de gestelde vraag (Beleidsnota 2004 van de Vlaamse Minister voor Welzijn, Volksgezondheid en het Gezin Inge Vervotte (online)). Bedoeling is om het hulpaanbod dat gesubsidieerd wordt door de overheid te rationaliseren, te coördineren en cliëntgericht (of anders gezegd, vraaggericht) te maken. Hiermee hoopt men een 'continuüm' van hulp 'op maat' aan te bieden en zo de druk op de BJB te verlichten. Concreet wil men met de hervorming het bestaande aanbod meer stroomlijnen en een betere samenwerking tot stand brengen tussen de eerste- en tweedelijnsvoorzieningen.

In eerste instantie werd in drie pilotregio's geëxperimenteerd met de concepten van Integrale Jeugdhulp: het gerechtelijk arrondissement Gent, het gerechtelijk arrondissement Antwerpen en de gerechtelijke arrondissementen Tongeren en Hasselt. Vanaf 2004 werd de pilotfase stopgezet en is een overgangsfase begonnen<sup>24</sup>.

---

<sup>23</sup> Respectievelijk op 7 mei en op 11 juni (<http://www.jeugdhulp.vlaanderen.be/beleid> (gelezen op 3 maart 2005)).

<sup>24</sup> Voor een chronologie van de ontwikkeling van de IJH verwijzen we naar Van Coppenolle en Brans (2004).



# DEEL 2: METHODOLOGIE

## 1. Kwantitatieve dataverzameling

### 1.1 Dossierstudie jeugdrechtbank Antwerpen

Voor het kwantitatieve luik werd een analyse gemaakt van dossiers die in het jaar 2002 bij de jeugdrechtbank te Antwerpen gestart werden. De observatie-eenheden van het bestand zijn personen van wie in 2002 een dossier bij de jeugdrechtbank te Antwerpen geopend werd.

De registratie van de gegevens gebeurde aan de hand van een handleiding van VISIER een organisatie die in 2002, in samenwerking met de Databank Sociale Planning (SOMA) een registratie uitvoerde van MOF-dossiers die geopend werden bij de jeugdrechtbank te Antwerpen in de periode 1999-2001 (VISIER, 2002). Een aantal dossiers waren niet beschikbaar omdat zij bijvoorbeeld doorgestuurd waren naar de jeugdrechtbank van een ander arrondissement, naar het Hof van Beroep of naar de dienst der overtuigingsstukken. Andere dossiers waren niet meer beschikbaar op de jeugdrechtbank omdat zij overgemaakt werden aan de correctionele rechtbank na de procedure van 'uithandengeving'. Een schatting van het aantal ontbrekende dossiers kan niet gemaakt worden.

Voor ons onderzoek registreerden we zowel POS- als MOF-dossiers geopend in het jaar 2002 bij de jeugdrechtbank te Antwerpen.

Elk MOF-dossier bevat in principe een eerste set van één of meerdere gepleegde feiten en een set van één of meerdere maatregelen die op basis van de feiten zijn opgelegd. Indien de persoon op wie het dossier betrekking heeft na de eerste feiten nog andere feiten pleegde, bevat het dossier een tweede (en ook meerdere) sets van feiten en maatregelen. In totaal werden maximum 9 sets van feiten en 14 sets van maatregelen genoteerd. Voor één bepaalde set feiten kunnen meerdere keren maatregelen getroffen worden (bijvoorbeeld wanneer een dossier na een bepaalde periode opnieuw voor de

jeugdrechter verschijnt). Bij de codering van de maatregelen werd enkel de zwaarste van een set maatregelen genoteerd<sup>25</sup>.

POS-dossiers bevatten enkel maatregelen, omdat in dit geval, geen 'als misdrijf omschreven feit' gepleegd werd. Het gaat in de meeste gevallen om een plaatsing in een centrum van Kind en Gezin, een pleeggezin of in het milieu van (een van) de ouders onder toezicht van de sociale dienst van de jeugdrechtbank.

Voor de registratie van origine werd de nationaliteit van de betrokkene en die van beide ouders genoteerd. Jongeren met de Belgische nationaliteit maar waarvan één van de ouders een andere dan de Belgische nationaliteit hebben, werden geregistreerd als allochtoon.

Omwille van de ontbrekende dossiers dient men voorzichtig om te gaan met de absolute aantallen en totalen in de tabellen. Het gaat hier niet om het totaal aantal dossiers geopend in het jaar 2002 bij de jeugdrechtbank te Antwerpen, maar om het totaal aantal dossiers dat geregistreerd werd door de onderzoekers.

De gegevens werden geanalyseerd met SPSS, versie 12.00. Omdat het hier niet gaat om een representatieve steekproef worden enkel percentages gegeven en zijn er geen significantietoetsen op de data berekend.

## 1.2 Minimale Psychiatrische Gegevens

Om de toegang tot de psychiatrische instellingen van de doelgroep na te gaan, werden de Minimale psychiatrische gegevens (MPG) voor de jaren 2000-2003 van een aantal ziekenhuizen in Vlaanderen bestudeerd. In de MPG wordt noch de nationaliteit, noch de herkomst van de patiënt geregistreerd. Om deze gegevens te bekomen werd een brief gestuurd naar alle psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen en k-diensten (psychiatrische afdeling enkel voor kinderen). Hierin werd de MPG- verantwoordelijke gevraagd om kruistabellen van een aantal variabelen die opgenomen zijn in de MPG, met een opsplitsing naar herkomst van de patiënt

---

<sup>25</sup> Indien iemand bijvoorbeeld onder toezicht van de sociale dienst stond en een opvoedkundige maatregel had gekregen voor één set feiten, noteerden we enkel de opvoedkundige maatregel.

(autochtoon – allochtoon) naar ons door te sturen. De opsplitsing naar herkomst gebeurde op basis van naamherkenning door de MPG verantwoordelijke. In totaal stuurden zeven ziekenhuizen gegevens door, we bekwamen 1562 opnames, waarvan 1472 autochtone patiënten en 90 allochtone (we spreken hier van opnames omdat patiënten die meer dan één keer werden opgenomen, bij elke opname opnieuw als case werden geteld).

De volgende ziekenhuizen namen deel aan het onderzoek: Sint Norbertus Duffel, Openbaar Ziekenhuis (OPZ) Geel, Universitair Ziekenhuis (UZ) Gent, Broeders Alexianen Tienen, Kliniek de Heilige Familie Kortrijk, Henri Serruys Ziekenhuis Oostende en het Heilig Hart (HH) Lier.

Omdat deze materie privacy-gevoelig is, werd eerst het advies van de privacy commissie (zie bijlage 2) ingewonnen. Volgens dit advies mochten deze gegevens gebruikt worden voor onderzoek indien ze op geanonimiseerde wijze door de MPG-verantwoordelijke verstuurd werden, zodat de onderzoekers op geen enkele wijze de identiteit van de patiënt zouden kunnen achterhalen.

De gegevens werden bewerkt in excell. Omdat het ook hier niet gaat om een representatieve steekproef worden enkel percentages gegeven en geen significantietoetsen berekend. Gezien het aantal allochtonen lager dan 100 is, dient men de percentages voor de groep allochtonen met enige reserve te bekijken.

## 2. Kwalitatieve dataverzameling

Voor de kwalitatieve gegevensverzameling steunen we op het begrip van 'theoretische saturatie', een concept uit de 'Grounded Theory Approach' ontwikkeld door Glazer & Strauss (Glazer & Strauss 1967). Volgens hen gaan dataverzameling en analyse hand in hand en zijn het geen strikt gescheiden fases in een kwalitatief onderzoek. Aan de hand van de analyse van enkele interviews is de onderzoeker in staat om beslissingen te nemen over de bijkomende verzameling van data. Dit proces wordt aangeduid met de term 'theoretical sampling', een werkwijze die uiteindelijk moet leiden tot een gegronde theorie die het onderzochte sociale fenomeen uitvoerig verklaart. Het verzamelen van materiaal wordt beëindigd wanneer er 'theoretische saturatie' optreedt, dus wanneer een

verdere dataverzameling en –analyse geen substantiële verandering meer zou aanbrengen in de ontwikkelde theorie.

Op basis van interviews met hulpverleners uit de bijzondere jeugdzorg en de geestelijke gezondheidszorg, jongeren en enkele familieleden van jongeren hebben we gepoogd inzicht te verwerven over de aard van opvang en behandeling van allochtone en autochtone jongeren en eventuele mechanismen en knelpunten in de dienstverlening die de verschillende trajecten tussen beide groepen kunnen verklaren. In totaal werden 11 interviews met hulpverleners gehouden. Daarnaast kregen we de medewerking van de sociale dienst van de jeugdrechtbank van Antwerpen. Gedurende enkele weken waren we getuige van het reilen en zeilen binnen de ‘gedwongen jeugdhulpverlening’. We werden uitgenodigd de lopende dossiers van allochtone jongeren mee te volgen. Er werden gesprekken met jongeren georganiseerd en enkele huisbezoeken afgelegd. Het is logisch dat de ervaringen van de jongeren gekleurd zijn door hun voorgeschiedenis, en deze later verder ingekleurd worden na de feiten.

Bij aanvang van het onderzoek werd geopteerd voor een respondentenwerving binnen de centra voor GGZ en instellingen in het Antwerpse die werkzaam zijn binnen de BJB. Elke instelling/centra kreeg een uitnodiging tot medewerking, na een korte inleiding over het geplande onderzoek. Slechts enkele instellingen waren voldoende overtuigd om hun medewerking te verlenen aan het onderzoek. De meeste van de instellingen die niet wensten in te gaan op onze vraag deden een beroep op de privacywet: zij willen de belangen van hun cliënten beschermen. Hulpverleners uit centra die hun medewerking wilden verlenen werden geïnterviewd.

De meeste interviews werden opgenomen op band, bij een aantal interviews werden enkel notities genomen. De opgenomen interviews werden nadien uitgetypt voor verdere analyse, de citaten in het rapport zijn naamloos om de anonimiteit van de bevoorrechte getuigen en de jongeren te garanderen.



### 3. Registratie van herkomst

Een belangrijk probleem bij onderzoek met betrekking tot allochtonen vormt de afwezigheid van goede registratiegegevens. Meestal zijn er geen accurate en gedetailleerde registratiegegevens over deze doelgroep te vinden. Onderzoekers, beleidsmedewerkers en organisaties uit het middenveld hanteren telkens eigen en contextspecifieke criteria voor de registratie van herkomst. Meestal hangt de registratie af van de mogelijkheden (nationaliteit van de patiënt, naamherkenning, zelfidentificatie van de respondent in onderzoek of de cliënt in een hulpverleningscentrum). Desondanks is een goede registratie onontbeerlijk voor beleidsondersteunend sociaal-wetenschappelijk onderzoek met betrekking tot een efficiënte en effectieve hulpverlening.

Ook de welzijnssector en de geestelijke gezondheidszorg kampen met dit probleem. Ambulante hulpverlening heeft meestal een (nog) minder uitgewerkt registratiesysteem dan residentiële hulpverlening. Een uitgebreid registratiesysteem is volgens sommigen in strijd met de doelstellingen van de organisatie zoals laagdrempeligheid en discretie (Geets, Janssens & Timmerman, 2003).

In ons onderzoek werd de herkomst op twee wijzen bepaald. In het bestand van de Jeugdrechtbank te Antwerpen werd de nationaliteit van de jongeren en de ouders geregistreerd. Jongeren die zelf een buitenlandse (niet EU) nationaliteit hadden of waarvan één van de ouders een andere dan de Belgische nationaliteit hadden (niet EU) werden geregistreerd als 'allochtoon', alle andere jongeren vielen onder de categorie 'autochtoon'. Jongeren met een niet EU nationaliteit die geen vaste verblijfplaats in België konden voorleggen zijn niet opgenomen in de analyse.

Voor de analyse van de MPG werd aan de MPG-verantwoordelijke van de ziekenhuizen gevraagd om een registratie in te voeren op basis van naamherkenning. Jongeren met een 'vreemde' naam werden als 'allochtoon' geregistreerd, andere jongeren als 'autochtoon'. De geanonimiseerde gegevens werden naar de onderzoekers gestuurd.



## DEEL 3: RESULTATEN

### 1. Gedwongen hulpverlening, het einde van het traject?

Zoals in de inleiding vermeld zijn allochtone jongeren oververtegenwoordigd in penitentiaire en repressieve instellingen. Aan de hand van de gegevens die we voor het jaar 2002 bij de jeugdrechtbank van Antwerpen registreerden zullen we in dit hoofdstuk dieper ingaan op deze stelling.

In totaal registreerden we 1049 personen, 466 hadden een POS-dossier (44%) en 583 een MOF-dossier (56%). Ongeveer 15% (154) betrof minderjarigen van buitenlandse afkomst die niet officieel in België verblijven. Deze personen zijn niet in de analyse opgenomen, omdat de voorgeschiedenis voor de opening van hun dossier zich buiten België afspeelt. Het aantal personen opgenomen in de analyse bedraagt daarom **895**. De databank bevat geen gegevens over de gezinssituatie, de schoolloopbaan of de verblijfplaats op het moment van de opening van het dossier.

#### 1.1 Verdeling van het Aantal POS en MOF-dossiers naar herkomst

Elk dossier dat bij de jeugdrechtbank terechtkomt wordt gecategoriseerd als POS (problematische opvoedingssituatie) of MOF (als misdrijf omschreven feit) dossier. Uit onze cijfers (tabel 8) blijkt het percentage POS-dossiers bij de autochtone jongeren (69%) groter dan bij de allochtone jongeren (32%). Bij de allochtone jongeren is het aandeel MOF-dossier groter (68%, tegenover 31% bij de autochtone groep). De verhouding POS/MOF-dossiers ligt met andere woorden omgekeerd bij autochtone en allochtone jongeren.

Tabel 8: Aantal en percentage POS/MOF-dossiers naar herkomst.

	Autochtoon	Allochtoon	
POS (%)	309 (69,4)	143 (31,8)	452
MOF (%)	136 (30,6)	307 (68,2)	443
<i>Totaal</i>	<i>445 (100,0)</i>	<i>450 (100,0)</i>	<i>895</i>

## 1.2 Leeftijd en geslacht

Tabel 9: Verdeling van de minderjarigen naar geslacht, herkomst en POS/MOF-dossier.

	Autochtoon		Allochtoon		Totaal (%)
	meisjes (%)	Jongens (%)	meisjes (%)	Jongens (%)	
POS	171 (94,5)	138 (52,3)	84 (76,4)	59 (17,4)	452 (50,5)
MOF	10 (4,5)	126 (47,7)	26 (23,6)	281 (82,6)	443 (49,5)
<i>Totaal</i>	<i>181 (100,0)</i>	<i>264 (100,0)</i>	<i>110 (100,0)</i>	<i>340 (100,0)</i>	<i>895 (100,0)</i>

Zoals te verwachten, lezen we in tabel 9 dat er bij de meisjes meer POS- (255) dan MOF-dossiers (36) zijn, opvallend is echter wel dat het relatief hogere aantal MOF-dossiers bij de allochtone meisjes (26 of 24% van het aantal dossiers, tegenover 10 of 5% van het aantal dossiers bij autochtone meisjes).

Bij de autochtone jongens is de verhouding tussen POS- en MOF-dossiers ongeveer gelijk (52% tegenover 48%), bij de allochtone jongens is er een duidelijke oververtegenwoordiging van MOF-dossiers (83% tegenover 17% POS-dossiers). Dit kan reeds een eerste aanwijzing zijn dat allochtone jongens met problemen (bijvoorbeeld een problematische opvoedingssituatie of psychische en/of gedragsproblemen) zeer laat in de hulpverlening terechtkomen en zoals reeds door sommigen wordt gesuggereerd, de vrijwillige hulpverlening in zekere zin overslaan. Het relatief hogere aantal allochtone meisjes met een MOF-dossier in vergelijking met de autochtone meisjes, doet hetzelfde vermoeden rijzen. Vermeiren (2003) wees er reeds op dat meer aandacht zou moeten besteed worden aan psychopathologie bij delinquente meisjes. Een exploratief onderzoek onder meisjes in een justitiële inrichting in Groningen (Lenssen, Dorreleijers, Van Dijk & Hartman, 1999) kwam tot de bevinding dat bij 80% van de meisjes sprake was van

enkelvoudige of gecombineerde psychiatrische problematiek. Het ging om hechtingsproblematiek, posttraumatische problemen en zich ontwikkelende persoonlijkheidsstoornissen.

Tabel 10 toont de leeftijdsverdeling naar herkomst en POS- of MOF-dossier. Bij de POS-dossier is de leeftijdsverdeling tussen autochtonen en allochtonen vrij gelijklopend. Als we kijken naar de MOF-dossiers merken we een grotere proportie 10-14 jarigen bij allochtonen dan bij autochtonen (27% tegenover 16%). Daarentegen is het percentage jongeren tussen 15-17 jaar met een MOF-dossier veel groter bij de autochtonen dan bij de allochtonen (75% tegenover 67%).

Tabel 10: Verdeling van de minderjarigen naar leeftijdscategorie en herkomst.

	Autochtoon		Allochtoon		Totaal (%)
	POS (%)	MOF (%)	POS (%)	MOF (%)	
0-4	76 (24,6)	0	29 (20,4)	0	108 (10,9)
5-9	68 (22,0)	0	27 (19,0)	0	96 (9,7)
10-14	78 (25,2)	22 (16,2)	39 (27,5)	84 (27,4)	261 (26,3)
15-17	85 (27,5)	102 (75,0)	46 (31,7)	205 (66,8)	492 (49,6)
18+	2 (0,7)	11 (8,1)	1 (0,7)	16 (5,2)	30 (3,0)
Leeftijd onbekend	0	1 (0,7)	0	2 (0,7)	5 (0,5)
<i>Totaal</i>	<i>309 (100,0)</i>	<i>136 (100,0)</i>	<i>143 (100,0)</i>	<i>307 (100,0)</i>	<i>895 (100,0)</i>

### 1.3 Welke feiten werden gepleegd?

Zoals eerder vermeld, hebben 443 jongeren een MOF-dossier, dit wil zeggen dat deze jongeren minstens één 'als misdrijf omschreven feit' gepleegd hebben. We registreerden 774 'als misdrijf omschreven feiten'. Tabel 11 geeft een overzicht van de gepleegde feiten. Hoewel de proporties gepleegde feiten anders liggen bij autochtone dan bij allochtone jongeren, zijn bij beide groepen de drie meest voorkomende soorten feiten die gepleegd worden dezelfde. Allochtone jongeren plegen vooral diefstallen met of zonder geweld (respectievelijk 29% en 28% van de feiten gepleegd door allochtone jongeren) en geweld op personen (22%). Autochtone jongeren plegen in de eerste plaats diefstal

zonder geweld en geweld op personen (beide 24% van de feiten gepleegd door autochtone jongeren) en op de tweede plaats diefstal met geweld (20%).

**Tabel 11: Aantal en percentage feiten dat gepleegd werd door autochtone en allochtone jongeren**

	<b>Autochtonen (%)</b>	<b>Allochtonen (%)</b>	<b>Totaal (%)</b>
Diefstal met geweld (handtasdiefstal, gewapende overval, diefstal met geweld, alleen of in bende)	42 (20,39)	167 (29,35)	209 (27,00)
Inbraken (in woning, winkel of auto, alleen of in bende)	11 (5,34)	44 (7,73)	55 (7,11)
Diefstallen zonder geweld (gewone diefstal, fiets- of bromfietsdiefstal, alleen of in bende)	50 (24,27)	157 (27,59)	207 (26,74)
Geweld op personen (moord, doodslag, verkrachting, aanranding, slagen en verwondingen, bedreiging, afpersing, alleen of in bende)	49 (23,79)	127 (22,32)	176 (22,74)
Andere delicten (drugs, verboden wapendracht, weerspannigheid, valsheid in geschrifte, zelfmoord)	39 (18,93)	36 (6,33)	74 (9,56)
Vandalisme	15 (7,28)	34 (5,98)	49 (6,33)
Onbekend	0	4 (0,70)	4 (0,52)
<i>Totaal</i>	<i>206 (100,00)</i>	<i>569 (100,00)</i>	<i>774 (100,00)</i>

Wat de 'andere delicten' betreft, gaat het bij autochtone jongeren vooral om drugsdelicten, bij allochtone jongeren treedt er geen specifiek delict op de voorgrond.

## 1.4 Maatregelen

Wanneer een minderjarige voor de jeugdrechtbank verschijnt, legt de jeugdrechter een bepaalde maatregel op, afhankelijk van het dossier van de jongere en de context waarin de jongere zich bevindt (het als misdrijf omschreven feit, indien er een gepleegd is, de thuisomgeving, de medewerking van de jongere en de ouders, enzovoort).

Tabel 12 biedt een overzicht van de maatregelen die genomen zijn (zie bijlage 1 voor meer uitleg over de maatregelen) bij jongeren met een POS-dossier<sup>26</sup>. Bij de autochtone jongeren komt 'toezicht van de sociale dienst' op de eerste plaats, namelijk 18% van de maatregelen genomen bij autochtone jongeren. De jongere blijft in het ouderlijk milieu, maar het gezin staat voor een bepaalde periode onder toezicht van de sociale dienst van de jeugdrechtbank. Een consulent van de sociale dienst begeleidt in dat geval gedurende een bepaalde periode de jongere en zijn/haar gezin en brengt hierover verslag uit bij de jeugdrechtbank. Nadien volgen plaatsing in een OOC (14%) en in een open inrichting (13%). Het patroon verloopt iets anders bij de allochtone jongeren: 14% van de maatregelen betreffen 'toezicht van de sociale dienst', 13% zijn plaatsingen in een open inrichting, op de derde plaats komen zowel plaatsing in een pleeggezin (12) als in een centrum van Kind & Gezin (12). Allochtone jongeren worden met andere woorden relatief minder snel in een OOC geplaatst dan autochtone jongeren. Plaatsingen in een pleeggezin gebeuren dan weer relatief vaker bij allochtone minderjarigen dan bij autochtone.

Verder zien we een groot verschil tussen de toepassing van de maatregel 'gezinsbegeleiding' bij beide groepen (10% bij autochtonen tegenover 4% bij allochtonen). Allochtone jongeren in een POS situatie krijgen dus beduidend minder gezinsbegeleiding dan autochtone jongeren. Mogelijk heeft dit te maken met taalproblemen bij de ouders, maar meer onderzoek is nodig om deze stelling te staven. Het lagere percentage gezinsbegeleiding verklaart vermoedelijk ook het hogere percentage plaatsingen in een pleeggezin en in een centrum van Kind & Gezin bij deze groep.

Ten slotte zijn het relatief hogere percentage 'intrekking maatregel' omwille van vrijwillige hulpverlening<sup>27</sup> bij de allochtone jongeren (18%), tegenover 12% bij de autochtone jongeren) en 'seponering' (4% van de maatregelen bij allochtone jongeren en 0,5% bij de autochtone dossiers) opmerkelijk. Uit gesprekken met hulpverleners (zie verder) en ook uit vroeger onderzoek (zie onder meer Timmerman, Geets & Vanderwaeren, 2001; Timmerman & Vanderwaeren, 2001) is gebleken dat allochtone gezinnen minder

---

<sup>26</sup> Jongeren in een POS hebben in principe geen 'als misdrijf omschreven feiten' gepleegd.

<sup>27</sup> Hoewel deze maatregel bij de allochtone jongeren het meest toegepast wordt, beschouwen we hem niet als een die op de eerste plaats komt, omdat er steeds een andere maatregel aan voorafgegaan is.

kennis hebben van de toegang tot en de werking van de vrijwillige hulpverlening en daardoor ook meer nood hebben aan gestuurde hulpverlening. Dit kan hun oververtegenwoordiging in de gedwongen hulpverlening gedeeltelijk verklaren. Zonder die extra duw vinden zij moeilijk hun weg naar de vrijwillige sector.

Tabel 12: Verdeling van de maatregelen genomen in POS-dossiers naar herkomst

maatregel	Autochtoon		allochtoon	
	Aantal	(%)	Aantal	(%)
Toezicht sociale dienst	124	(17,71)	43	(14,10)
Gezinsbegeleiding	67	(9,57)	13	(4,26)
Dagcentrum	5	(0,71)	7	(2,30)
BZW	14	(2,00)	4	(1,31)
000C	97	(13,86)	31	(10,16)
Pleeggezin	55	(7,86)	38	(12,46)
Open inrichting	94	(13,43)	39	(12,79)
Gemeenschapsinstelling	17	(2,43)	7	(2,30)
Psychiatrisch ziekenhuis	11	(1,57)	6	(1,97)
Centrum Kind & Gezin	78	(11,14)	37	(12,13)
Aanstelling deskundige	12	(1,71)	0	(0,00)
Algemeen ziekenhuis	15	(2,14)	9	(2,95)
Seponering	3	(0,43)	12	(3,93)
Onbevoegd verklaring	14	(2,00)	2	(0,66)
Geen maatregel getroffen	9	(1,29)	1	(0,33)
Intrekking maatregel <sup>28</sup>	85	(12,14)	56	(18,36)
<i>Totaal</i>	<i>700</i>	<i>(100,00)</i>	<i>305</i>	<i>(100,00)</i>

Jongeren met een MOF-dossier hebben minstens één 'als misdrijf omschreven feit' gepleegd. Een analyse van de maatregelen gekoppeld aan de feiten zou een logische oefening zijn, ware het niet dat hier enige voorzichtigheid geboden is. Het is namelijk zo dat de jeugdrechters niet louter naar de feiten kijken, maar naar de gehele context van de betrokkene, zoals bijvoorbeeld de achtergrond, familiale situatie en de wijze waarop de jongere zich tijdens het proces gedraagt (getuigt hij al dan niet van medewerking). Er is

<sup>28</sup> Intrekking maatregel: wanneer betrokkene of het gezin van betrokkene akkoord gaat met vrijwillige hulpverlening.



met andere woorden geen rechtstreeks verband tussen een gepleegd feit en een getroffen maatregel.

Aan de hand van tabel 13, bekijken we het geheel van de maatregelen die voor deze groep minderjarigen genomen zijn. De drie meest voorkomende maatregelen zijn dezelfde bij autochtone als allochtone jongeren. De maatregel die het meest gevonnist werd in de MOF-dossiers, zowel bij allochtonen als autochtonen is de alternatieve (ook wel opvoedkundige maatregel genoemd (zie hoger)). Bijna een op vijf maatregelen (18%) genomen bij autochtone jongeren en bij iets meer dan een op vijf bij allochtone jongeren (22%) zijn alternatieve maatregelen. Berisping komt op de tweede plaats (respectievelijk 17% voor autochtone en 19% voor allochtone jongeren) en 'toezicht van de sociale dienst' op de derde (respectievelijk 16% van de maatregelen bij autochtone en 17% bij allochtone jongeren).

Ondanks het gelijkaardig patroon bij de drie meest genomen maatregelen zijn er verschillen tussen de maatregelen die beide groepen opgelegd krijgen. Allochtone jongeren worden meer geplaatst in een gemeenschapsinstelling dan autochtone jongeren (12% tegenover 8%). Daarentegen wordt bij allochtonen veel minder de maatregel 'intensieve gezinsbegeleiding' genomen (slechts 2% tegenover 7%). Autochtone jongeren worden sneller in een open inrichting of in een OOC geplaatst (telkens 10% van de maatregelen bij autochtone jongeren). Bij de allochtone minderjarigen vinden we 4% plaatsingen in een OOC en 7% in een open inrichting. Beide voorzieningen kunnen echter al een stap in de richting van therapeutische hulp zijn. Onze bevindingen liggen in de lijn van andere onderzoeksresultaten. Ook uit andere studies in Vlaanderen (Geets, Vanderwaeren & Timmerman, 2001) is gebleken dat jongeren uit etnisch-culturele minderheidsgroepen vooral in residentiële hulpverlening worden aangetroffen. De vertegenwoordiging van allochtone jongeren in de ambulante werkingen ligt dan weer beduidend lager, hoewel de ambulante werkingen meer mogelijkheden tot therapie inhouden.

Maatregelen die relatief vaker voorkomen bij allochtone jongeren zijn plaatsing in Everberg (4% tegenover 1% bij autochtone jongeren), seponering (4% tegenover 2%) en vrijspraak (2% tegenover 0,3%).

Tabel 13: Maatregelen<sup>29</sup> opgelegd in MOF-dossiers

	Autochtoon		allochtoon	
	Aantal	%	Aantal	%
Berisping	60	(16,90)	136	(18,81)
Toezicht sociale dienst	58	(16,34)	126	(17,43)
Gezinsbegeleiding	25	(7,04)	17	(2,35)
Dagcentrum	1	(0,28)	1	(0,14)
Alternatieve maatregel	64	(18,03)	161	(22,27)
BZW	4	(1,13)	4	(0,55)
OOOC	35	(9,86)	29	(4,01)
Pleeggezin	6	(1,69)	3	(0,41)
Open inrichting	35	(9,86)	49	(6,78)
Centrum Kind&Gezin	1	(0,28)	0	(0,00)
Psychiatrisch ziekenhuis	2	(0,56)	1	(0,14)
Aanstelling deskundige	10	(2,82)	12	(1,66)
Algemeen ziekenhuis	1	(0,28)	0	(0,00)
Gemeenschapsinstelling	28	(7,89)	90	(12,45)
Onbevoegd verklaring	0	(0,00)	4	(0,55)
Everberg	5	(1,41)	28	(3,87)
Uit handengeving	0	(0,00)	4	(0,55)
Seponering	6	(1,69)	31	(4,29)
Vrijspraak	1	(0,28)	17	(2,35)
Geen maatregel getroffen	6	(1,69)	10	(1,38)
Intrekking maatregel	7	(1,97)	0	(0,00)
<i>Totaal</i>	<i>355</i>	<i>(100,00)</i>	<i>723</i>	<i>(100,00)</i>

Bij de MOF-dossiers komt plaatsing in een psychiatrisch ziekenhuis (of een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis) weinig voor (2 plaatsingen van autochtonen en 1 van een allochtoon), ook de aanstelling van een deskundige (steeds een psychiater) komt zelden voor (3% van de maatregelen bij autochtonen en 2% bij de allochtonen). Dit was reeds op te merken uit de analyse van MOF-dossiers bij de jeugdrechtbank Antwerpen voor de

<sup>29</sup> Maatregelen die meer dan één keer in eenzelfde dossier genomen zijn werden slechts 1 keer geteld omdat het dikwijls over het behoud van een reeds genomen maatregel ging.

periode 1999-2001 (Databank Sociale Planning, 2002). Verschillende oorzaken liggen hier aan de basis, zoals onder andere het beperkt aanbod van forensische jeugdpsychiatrie in Antwerpen, bovendien nemen de k-diensten van de psychiatrische ziekenhuizen in Antwerpen enkel in de maand januari en na september van elk jaar nieuwe opnames aan. Eerder onderzoek (zie hoger) heeft echter gewezen op de relatie tussen gedragsproblemen en psychische problemen en jeugddelinquentie. Ook Oikoten (2004) wijst op de sterke band tussen psychiatrische problemen en jeugddelinquentie.

Opvallend is dat er geen enkele keer bij een allochtone jongere met een POS-dossier een deskundige is aangesteld, bij de autochtone jongeren gebeurde dit 12 keer. Een analyse van de individuele cases (tabel 14) leert dat in geen enkel geval de aanstelling van een deskundige als eerste maatregel genomen werd. Tabel 14 laat zien dat indien deze maatregel in een POS-dossier werd ingeroepen, dit dikwijls vrij laat in het proces gebeurde. Bij de jongeren met een MOF-dossier wordt de maatregel sneller ingeroepen, hier erkent men dus eerder dat psychische of gedragsproblemen een factor zijn in het gedrag van de jongere.

Tabel 14 : frequentie van de maatregel 'aanstelling deskundige' bij allochtone en autochtone minderjarigen

Rangorde van de maatregel	POS		MOF	
	autochtonen	allochtonen	autochtonen	allochtonen
1	-	-	-	-
2	1	-	4	3
3-4	4	-	5	4
5-6	4	-	0	3
7-8	0	-	1	1
9-10	3	-		1
>10	1	-		
<i>Totaal</i>	<i>12</i>	<i>0</i>	<i>10</i>	<i>12</i>

Tabel 15 geeft een overzicht van de frequentie van de maatregel 'plaatsingen in een psychiatrisch ziekenhuis' (het gaat hier meestal om een k-dienst) per rangorde van de maatregelen. Zoals reeds vermeld wordt deze maatregel zelden genomen. In POS-dossiers wordt hij duidelijk meer genomen, zowel bij autochtone als allochtone jongeren. Bij de MOF-dossiers van allochtonen komt hij één keer voor. Opmerkelijk is wel dat de plaatsing in een psychiatrische inrichting meestal als een eerste/tweede of derde/vierde maatregel genomen wordt en veel minder als latere maatregel in een dossier.

Tabel 15: frequentie van de maatregel 'psychiatrische inrichting' bij allochtone en autochtone minderjarigen				
Rangorde van de maatregel	POS		MOF	
	autochtonen	allochtonen	autochtonen	allochtonen
1-2	5	4	1	-
3-4	3	1	-	-
5-6	1	-	-	1
7-8	-	1	1	-
9-10	2	-	-	-
>10	1	-	-	-
<i>Totaal</i>	<i>11</i>	<i>6</i>	<i>2</i>	<i>1</i>

Er wordt met andere woorden geen systematische diagnostiek gemaakt van jongeren die in aanraking komen met de jeugdrechtbank. Zelden wordt het advies van een psychiatrisch deskundige gevraagd. Aan de hand van de cijfers kan hiervoor geen verklaring gevonden worden. Het is echter plausibel dat verschillende oorzaken aan de basis hiervan liggen. Ten eerste is er de kost die het onderzoek en het verslag van een psychiatrisch deskundige met zich meebrengt. Verder is er het probleem van opnamecapaciteit in de psychiatrische diensten. Indien er al een psychiatrisch onderzoek kan gebeuren en een opname in een k-dienst geadviseerd wordt, is er dikwijls geen plaats voorhanden of zijn er lange wachtlijsten. De jeugdrechter zal dan eerder voor een alternatieve opvang kiezen (zie verder, oneigenlijke plaatsingen). Nochtans wijst recent onderzoek bij ernstige jeugddelinquenten die 'uithanden gegeven'<sup>30</sup> werden, erop dat veel van deze jongeren aan één of meerdere psychiatrische stoornissen leiden. Volgens de

<sup>30</sup> Bij de jongeren die 'uithanden gegeven' worden is het medisch-psychologisch verslag verplicht.

medisch-psychologische verslagen is 16% van deze populatie neurotisch, 15% hebben een (neiging tot) antisociale persoonlijkheid, 13% zijn depressief en 8% heen sinds jonge leeftijd een gedragsstoornis (Nuytiens e.a., 2005). Reeds eerder in dit rapport vermeldden we ander onderzoek dat het verband heeft aangetoond tussen psychische problemen en gedragsproblemen enerzijds en jeugddelinquentie anderzijds.

## 1.5 Belangrijkste vaststellingen

We zetten de belangrijkste conclusies op een rij:

Wat de demografische gegevens betreft, merken we in eerste instantie op dat leeftijdsverdeling bij de POS-dossiers voor beide groepen een gelijkaardig patroon vertoont. In de MOF-dossiers zien we dat bijna een op drie allochtone jongeren tussen 10 en 14 jaar is (27%), dit percentage ligt beduidend lager bij de autochtone groep (16%). Bij de autochtone jongeren is de proportie 15-17 jarigen groter (75% tegenover 66% bij allochtonen). Het aantal MOF-dossiers bij allochtone minderjarige jongens ligt hoog. Het aantal meisjes met een MOF-dossiers is laag in beide groepen, maar er zijn meer allochtone meisjes met een MOF-dossier dan autochtone.

Een andere belangrijke vaststelling is dat de verhouding tussen POS en MOF-dossiers een ander beeld vertoont bij de autochtone jongeren dan bij de allochtone, bij eerstgenoemden is het aantal POS-dossiers hoger, bij laatstgenoemden het aantal MOF-dossiers. Autochtone jongeren komen dus eerder omwille van een problematische opvoedingssituatie bij de jeugdrechtbank terecht, allochtone vaker omwille van een als misdrijf omschreven feit.

De maatregelen genomen in POS-dossiers vertonen een ander patroon bij autochtone jongeren dan allochtone. Opmerkelijk is het veel lagere percentage gezinsbegeleidingen in allochtone gezinnen dan in autochtone. De oorzaak hiervan kan onder andere gezocht worden in de taalbarrière. Omdat de ouders dikwijls het Nederlands niet machtig zijn, zullen hulpverleners het nut van gezinsbegeleiding in allochtone gezinnen minder inzien. Het 'intrekken van een maatregel omwille van vrijwillige hulpverlening' komt dan weer zeer vaak voor bij allochtone jongeren en veel minder bij autochtone. In paragraaf 3 zullen we zien dat autochtone jongeren die voor de jeugdrechtbank verschijnen vaak al een hulpverleningstraject hebben afgelegd binnen de vrijwillige hulpverlening. Bij allochtone jongeren, daarentegen, is dit veel minder het geval. Dikwijls is de gedwongen

hulpverlening hun eerste contact met begeleiding. Het is daarom logisch dat zij meer bereid zijn tot vrijwillige hulpverlening dan autochtone jongeren (die deze weg reeds bewandeld hebben en hier blijkbaar geen uitkomst hebben geboden).

De twee meest genomen maatregelen in MOF-dossiers, bij zowel autochtone als allochtone jongeren zijn de alternatieve maatregel en de berisping. Allochtone jongeren met een MOF-dossier worden echter wel vaker geplaatst in een gemeenschapsinstelling dan autochtone jongeren. Autochtone jongeren worden vaker in een OOC of in een open inrichting geplaatst. De maatregelen 'plaatsing in een psychiatrische inrichting' en 'aanstelling van een deskundige' worden niet vaak genomen, noch voor autochtone jongeren, noch voor allochtone en noch in MOF dan wel POS-dossiers. Plaatsing in Everberg (centrum de Grubbe), seponering en vrijspraak komen vaker voor bij allochtonen dan bij autochtonen.

De cijfers geven de indruk dat allochtone jongeren sterk vertegenwoordigd zijn in de gedwongen hulpverlening. Dit doet vermoeden dat zij vrij laat in het hulpverleningstraject binnenstappen. De gedwongen hulpverlening dient men echter te beschouwen als het einde van de rit. De verschillende instanties die opgericht zijn binnen de vrijwillige hulpverlening, zowel binnen de geestelijke gezondheidszorg als binnen de bijzondere jeugdzorg zouden in een optimale situatie uitgeput moeten zijn vooraleer men terechtkomt in de gedwongen sector. De vraag is echter, is dit zo? Komen allochtone jongeren ook in contact met de vrijwillige hulpverlening? In volgend hoofdstuk gaan we dieper in op de doelgroep jongeren met psychische problemen en gedragsproblemen en onderzoeken we of allochtone jongeren met psychische problemen en gedragsproblemen ook opgevangen worden in de geestelijke gezondheidszorg.

## 2. Minderjarigen in psychiatrische instellingen

Sinds 1996 registreren psychiatrische ziekenhuizen en psychiatrische afdelingen van ziekenhuizen minimale psychiatrische gegevens (MPG), zij omvatten onder andere socio-economische kenmerken van patiënten, diagnose en problemen bij opname, behandelingsgegevens en de diagnose en overblijvende problemen bij ontslag (MPG-UIA, 2002).

In het kader van dit onderzoek werd ook een vraag gesteld naar de MPG's in psychiatrische ziekenhuizen, psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen en k-diensten in Vlaanderen. We bekijken hier hoofdzakelijk socio-economische en demografische gegevens die licht kunnen werpen op de trajecten van de jongeren met psychische problemen en gedragsproblemen. Gezien het kleine aantal (90) allochtonen dient men voorzichtig te zijn met de veralgemening van de cijfers.

De volgende tabellen geven een beschrijving van patiënten jonger dan 18 jaar die opgenomen werden in een psychiatrisch ziekenhuis in Vlaanderen tijdens de periode 2000-2003. Zoals reeds vermeld komen de gegevens van zeven ziekenhuizen uit Vlaanderen<sup>31</sup>. De origine van de patiënten werd bepaald op basis van naamherkenning door de MPG verantwoordelijke, de MPG registreren geen herkomst of nationaliteit.

### 2.1 Socio-demografische gegevens

Tabel 16 geeft een overzicht van het jaarlijks aantal opnames tussen 2000 en 2003. In de eerste plaats merken we dat het totaal aantal opnames tussen 2000 en 2001 sterk stijgt en nadien jaarlijks vrij stabiel blijft. Het aantal opnames van allochtonen stijgt nog in 2003, maar het cijfer blijft zeer laag (27). Van een echte tendens kunnen we niet spreken gezien de relatief korte periode.

---

<sup>31</sup> Deelnemende ziekenhuizen: Sint Norbertus Duffel, Openbaar Psychiatrisch Ziekenhuis (OPZ) Geel, UZ Gent, H. Hart Lier, Broeders Alexianen Tienen, Henri Serruys Ziekenhuis Oostende, A.Z. Maria Middelaers – Sint Jozef, Gent en Kliniek de Heilige Familie Kortrijk.

**Tabel 16: Aantal opnames per jaar<sup>32</sup>**

	<b>Autochtonen</b>	<b>%</b>	<b>Allochtonen</b>	<b>%</b>	<b>Totaal</b>
2000 <sup>33</sup>	255	19,12	14	18,67	269
2001	344	25,79	15	20,00	359
2002	364	27,29	19	25,33	383
2003	358	26,84	27	36,00	385
<i>Totaal</i>	<i>1334</i>	<i>100,00</i>	<i>75</i>	<i>100,00</i>	<i>1409</i>

### 2.1.1 Worden meer meisjes dan wel meer jongens opgenomen?

Voor de periode 2000 en 2003 noteren we 90 opnames van allochtone jongeren tegenover 1472 van autochtone. Tabel 17 geeft een overzicht van de patiënten naar geslacht en origine. Er worden meer meisjes dan jongens opgenomen. Deze trend toont zich zowel bij autochtonen als allochtonen (respectievelijk 45% en 49% jongens tegenover 55% en 51% meisjes), de verdeling tussen jongens en meisjes is gelijkaardig in beide groepen.

**Tabel 17: verdeling van de patiënten naar origine en geslacht**

	<b>Autochtonen</b>	<b>%</b>	<b>Allochtonen</b>	<b>%</b>	<b>Totaal</b>
Jongens	656	44,57	44	48,89	700
Meisjes	816	55,43	46	51,11	862
<i>Totaal</i>	<i>1472</i>	<i>100,00</i>	<i>90</i>	<i>100,00</i>	<i>1562</i>

Zowel bij autochtonen als allochtonen is de grootste groep tussen 15 en 17 jaar (respectievelijk 69% en 80%). De opname-leeftijd bij de allochtonen ligt echter hoger dan bij de autochtonen. Slechts 7 allochtone patiënten zijn minder dan 9 jaar bij opname en 11 patiënten tussen 10-14 jaar, de overige personen van allochtone origine zijn tussen 15-17 jaar. Hoewel bij de autochtonen de meerderheid ook tussen 15-17 jaar is bij de

<sup>32</sup> Gegevens over het aantal opnames per jaar ontbreken voor drie ziekenhuizen, vandaar het lagere totaal dan in de hiernavolgende tabellen.

<sup>33</sup> De MPG van een ziekenhuis bevatte 13 patiënten die reeds in 1999 opgenomen waren.



opname, is er ook een grote groep jonger dan die leeftijd, 17% valt in de categorie 10-14 jaar en 14% zijn jonger dan 10 jaar. Indien we deze cijfers naast de cijfers van de jeugdrechtbank leggen (zie hoger, tabel 10), komen we tot een opmerkelijke vaststelling: er zijn amper psychiatrische patiënten van allochtone origine tussen 10-14 jaar (12% van de allochtone minderjarigen, of in absolute cijfers 11 jongeren), maar bij de allochtone jongeren met een MOF-dossier is deze leeftijdscategorie net het sterkst vertegenwoordigd (123 jongeren, 27% van de MOF-dossiers van allochtone origine). Dit betekent niet dat jongeren met een MOF-dossier psychische problemen zouden hebben. Onderzoek over delinquente jongeren en gedragsproblemen hebben echter gewezen op de band tussen psychische problemen en gedragsproblemen enerzijds en een verhoogde kans op het plegen van delicten tijdens de de jeugd en de adolescentie (zie hoger). Indien we dus vroegtijdig de jongeren met gedragsproblemen kunnen detecteren en begeleiden bestaat de kans dat we deze jongeren uit de criminaliteit kunnen houden. Deze stelling is trouwens impliciet aanwezig in het jeugdbeschermingsrecht, jeugdrechters bekijken steeds het hele dossier van een minderjarige en gaan na of de jongere in een probleemsituatie leeft (vandaar ook de opsplitsing POS-MOF) vooraleer maatregelen te nemen.

### 2.1.2 Welke leeftijdscategorieën zijn het sterkst vertegenwoordigd?

Tabel 18: Verdeling van de patiënten naar origine en leeftijd

	<b>Autochtonen</b>	<b>%</b>	<b>Allochtonen</b>	<b>%</b>	<b>Totaal</b>
< 10	213	14,47	7	7,78	220
10-14	247	16,78	11	12,22	258
15-17	1012	68,75	72	80,00	1084
<i>Totaal</i>	<i>1472</i>	<i>100,00</i>	<i>90</i>	<i>100,00</i>	<i>1562</i>

Het hoge percentage allochtone jongeren tussen 15 en 17 jaar bevestigt de hypothese dat zij, indien ze psychische of gedragsproblemen hebben, pas op latere leeftijd bij de hulpverlening terecht komen. De vraag naar een verklaring hiervoor, trachten we echter wel te beantwoorden in hoofdstuk 3 van dit deel, waar de mechanismen die aan de basis van een latere instap in het hulpverleningstraject bij allochtone jongeren liggen worden besproken.

### 2.1.3 Leefsituatie vóór opname in een psychiatrische dienst

Tabel 19 geeft een beeld van de leefsituatie van de patiënten voor ze werden opgenomen in de psychiatrische dienst. De meeste autochtone patiënten leefden voor de opname in het ouderlijk gezin (77%). Een kleine meerderheid van de allochtone patiënten (55%) leefden ook in het ouderlijk gezin voor hun opname, maar dit percentage ligt toch beduidend lager dan bij de autochtone patiënten. Dit verschil kan gedeeltelijk verklaard worden door de leeftijd van opname; reeds hoger werd vermeld dat 80% van de allochtone patiënten tussen 15-17 jaar zijn. Bij de autochtone patiënten is 31% jonger dan 15 jaar. Het percentage dat in- of samenwoont of dat in een ander gezinsmilieu dan dat van het ouderlijk gezin woont is hoger bij allochtonen dan bij autochtonen (13% tegenover 5%). Een verklaring hiervoor kan gevonden worden in de remmende invloed die allochtone ouders uitoefenen op het hulpzoekgedrag van de jongere. Uit onze gesprekken met hulpverleners bleek namelijk dat vooral allochtone jongeren bij wie de band met het thuismilieu verbroken is, gemakkelijker hun weg vinden naar de hulpverlening (zie verder).

Het aandeel patiënten dat afhankelijk is van justitie, blijft bij beide groepen beperkt ( 3% van de autochtone en 4% van de allochtone patiënten). Dit is op zich geen bijzondere vaststelling, uit de analyse van de gegevens van de jeugdrechtbank van Antwerpen bleek al dat verwijzing naar een psychiatrische instelling door de jeugdrechter zelden voorkomt.

Tabel 19: Verdeling van de patiënten naar herkomst en leefsituatie voor opname

Leefsituatie	Autochtonen	%	Allochtonen	%	Totaal
Alleenstaand	3	0,23	2	2,41	5
Eigen gezin	24	1,80	2	2,41	26
Ouderlijk gezin	1025	76,89	46	55,42	1071
In- of samenwonend	21	1,58	6	7,23	27
Ander gezinsmilieu	48	3,60	5	6,02	53
Instelling voor gehandicaptenzorg	10	0,75	2	2,41	12
Gemeenschapsverband	5	0,38	1	1,20	6
Afhankelijk van justitie	39	2,93	3	3,61	42
Ander collectief	32	2,40	6	7,23	38
Psychiatrisch ziekenhuis	9	0,68	2	2,41	11
Algemeen ziekenhuis	6	0,45	1	1,20	7
Alternatieve psychiatrische opvang	5	0,38			5
Ander therapeutisch milieu	18	1,35	1	1,20	19
Ander, niet gespecificeerd	3	0,23			3
Geen vaste verblijfplaats	44	3,30			44
Onbekend	41	3,08	6	7,23	47
<i>Totaal</i>	<i>1333</i>	<i>100,00</i>	<i>83</i>	<i>100,00</i>	<i>1416</i>

Op de vraag of patiënten problemen hebben met huisvesting, antwoordt de meerderheid van beide doelgroepen negatief, 98% van de autochtone en 89% van de allochtone patiënten ervoer geen huisvestingsprobleem voor opname.

Tabel 20: woonproblemen<sup>34</sup>

	Autochtonen	%	Allochtonen	%	Totaal
Wel	32	2,49	8	10,67	40
Geen	1253	97,51	67	89,33	1320
<i>Totaal</i>	<i>1285</i>	<i>100,00</i>	<i>75</i>	<i>100,00</i>	<i>1360</i>

<sup>34</sup> Tabellen 19, 23, 24 en 30 hebben een lager totaal omdat we niet over gegevens van alle ziekenhuizen beschikken.

#### 2.1.4 Onderwijssituatie van de patiënten vóór opname

Om de onderwijssituatie van de patiënten na te gaan bekijken we het type onderwijs dat ze gevolgd hebben en het niveau van onderwijs dat ze behaald hebben voor hun opname. Het spreekt voor zichzelf dat het behaalde niveau sterk samenhangt met de leeftijd.

De meerderheid van de jongeren heeft gewoon onderwijs gevolgd voor de opname (77% van de autochtone en 71% van de allochtone jongeren). Het percentage dat in het buitengewoon onderwijs zit is bij beide groepen laag, zelfs iets lager bij allochtonen (10%) dan bij de autochtone groep (12%). Men zou echter een grotere proportie jongeren uit het buitengewoon onderwijs kunnen verwachten bij de allochtone jongeren omdat allochtone jongeren globaal oververtegenwoordigd zijn in dit type onderwijs. Uit de statistieken voor het schooljaar 2003-2004 blijkt dat van de autochtone leerlingen 6 % in het lager buitengewoon zit en 4% in het buitengewoon secundair onderwijs. Indien we de leerlingen met de Turkse en de Marokkaanse nationaliteit apart beschouwen, zien we dat van de Turken 8% in het buitengewoon lager onderwijs zit en 12% in het buitengewoon secundair, van de Marokkanen volgt 7% buitengewoon lager en 9% buitengewoon secundair. Bij de autochtone groep merken we dus dat een relatief grote groep uit het buitengewoon onderwijs komt. Het percentage allochtone patiënten dat buitengewoon onderwijs volgde voor de opname, ligt echter niet veel hoger dan het percentage allochtonen in het buitengewoon onderwijs (indien men enkel de Turkse en Marokkaanse bevolking beschouwt). Het percentage allochtone minderjarigen waarvan het onderwijstype niet bekend is, ligt echter hoog (14% tegenover 6% bij de autochtone groep).

Tabel 21: type laatst beëindigd onderwijs voor opname

	<b>Autochtonen</b>	<b>%</b>	<b>Allochtonen</b>	<b>%</b>	<b>Totaal</b>
Gewoon	1131	76,83	64	71,11	1195
Buitengewoon	179	12,16	9	10,00	188
Ander	6	0,41	0	0,00	6
Geen onderwijs gevolgd	68	4,62	4	4,44	72
Onbekend	88	5,98	13	14,44	101
<i>Totaal</i>	<i>1472</i>	<i>100,00</i>	<i>90</i>	<i>100,00</i>	<i>1562</i>

Tabel 22 geeft een overzicht van het niveau van het onderwijs gevolgd voor de opname. Ondanks de hogere leeftijd bij opname van de allochtone jongeren, is hun onderwijsniveau niet hoger dan dat van de autochtone patiënten. Het hoog percentage 'onderwijsniveau onbekend' (29%) in de allochtone groep kan echter wijzen op een moeilijke of onduidelijke registratie bij de allochtonen.

Tabel 22: Niveau van onderwijs gevolgd voor opname

	<b>Autochtonen</b>	<b>%</b>	<b>Allochtonen</b>	<b>%</b>	<b>Totaal</b>
Kleuter	112	7,61	1	1,11	113
Lager onderwijs	238	16,17	14	15,56	252
Secundair lagere cyclus	492	33,42	22	24,44	514
Secundair hogere cyclus	71	4,82	2	2,22	73
1e gr. observatie	90	6,11	12	13,33	102
2e gr. oriëntatie	180	12,23	7	7,78	187
3e gr. determinatie	46	3,13	0	0,00	46
Secundair onbepaald	26	1,77	2	2,22	28
Universiteit	2	0,14		0,00	2
Ander	10	0,68	0	0,00	10
Geen onderwijs gevolgd	49	3,33	4	4,44	53
Onbekend	156	10,60	26	28,89	182
<i>Totaal</i>	<i>1472</i>	<i>100,00</i>	<i>90</i>	<i>100,00</i>	<i>1562</i>

### 2.1.5. Opvoedingsproblemen en problemen binnen de sociale omgeving

In de meeste gevallen, zowel bij allochtonen als autochtonen wordt geen melding gemaakt van opvoedingsproblemen, bij allochtone patiënten komen ze zelfs in veel mindere mate voor (bij respectievelijk 57% en 67% werden geen opvoedingsproblemen genoteerd). Dit wekt enige verbazing: als we deze gegevens vergelijken met tabel 24, waar gekeken wordt naar problemen binnen de primaire steungroep, merken we daar een hoog percentage, namelijk 87% bij de autochtonen en 84% bij de allochtonen.

Tabel 23: voorkomen van opvoedingsproblemen

	<b>Autochtonen</b>	<b>%</b>	<b>Allochtonen</b>	<b>%</b>	<b>Totaal</b>
Wel	634	43,07	30	33,33	664
Geen	838	56,93	60	66,67	898
<i>Totaal</i>	<i>1472</i>	<i>100,00</i>	<i>90</i>	<i>100,00</i>	<i>1562</i>

Het hoge percentage problemen binnen de primaire steungroep (tabel 24) kan te wijten zijn aan de stoornis van de patiënt. De stoornis kan namelijk leiden tot moeilijkheden binnen het gezin, zoals omgang met de patiënt of tussen andere gezinsleden omdat de stoornis veel aandacht vraagt en stress teweegbrengt bij de andere gezinsleden.

Tabel 24: problemen binnen de primaire steungroep

	<b>Autochtonen</b>	<b>%</b>	<b>Allochtonen</b>	<b>%</b>	<b>Totaal</b>
Wel	1122	87,32	63	84,00	1185
Geen	163	12,68	12	16,00	175
<i>Totaal</i>	<i>1285</i>	<i>100,00</i>	<i>75</i>	<i>100,00</i>	<i>1360</i>

Problemen gebonden aan de sociale omgeving (tabel 25) zijn slechts in beperkte mate aanwezig. Bij 33% van de autochtone en 36% van de allochtone patiënten zijn er problemen die verband houden met de sociale omgeving.

Tabel 25: problemen gebonden aan de sociale omgeving

	<b>Autochtonen</b>	<b>%</b>	<b>Allochtonen</b>	<b>%</b>	<b>Totaal</b>
Wel	430	33,46	27	36,00	457
Geen	855	66,54	48	64,00	903
<i>Totaal</i>	<i>1285</i>	<i>100,00</i>	<i>75</i>	<i>100,00</i>	<i>1360</i>

De belangrijkste verschillen tussen autochtonen en allochtonen, wat hun socio-demografische kenmerken aangaat, zijn de hogere leeftijd bij opname van allochtone patiënten en de verschillende leefsituatie (hoewel nog steeds meer dan de helft in het ouderlijk gezin woont voor de opname (55%), ligt dit percentage bij de allochtone patiënten veel lager dan bij de autochtone patiënten (77%)). Beide verschillen beïnvloeden echter het traject naar de hulpverlening (zie verder).

## 2.2 Diagnose bij opname

Bij opname wordt aan de hand van tests en gesprekken een diagnose van de betrokkene gemaakt. De categorieën zijn gebaseerd op de DSM-IV<sup>35</sup>. Vooral kind- en adolescentiestoornissen worden gediagnosticeerd (34% van de autochtone patiënten en 22% van de allochtone hebben als hoofddiagnose bij de opname 'kind en adolescentie-stoornis'). Op de tweede plaats komen eetstoornissen en op de derde stemmingsstoornissen en dit zowel voor allochtone als autochtone patiënten. Proportioneel worden meer allochtone jongeren opgenomen voor schizofrenie en psychotische stoornissen dan autochtone jongeren (8% tegenover 2%). Dit zijn ernstige stoornissen waar men niet naast kan kijken, de andere stoornissen kunnen desgevallend nog buiten de psychiatrie blijven. De diagnose 'stoornissen omwille van middelengebruik' komt ongeveer even vaak voor in beide groepen (11% bij allochtonen en 10% bij autochtonen). Opmerkelijk is het hoge percentage 'diagnose onbekend' bij de allochtone opnames (9%), tegenover slecht 2% bij de autochtone. Dit wijst erop dat psychiaters meer moeilijkheden hebben bij het stellen van een diagnose bij allochtone patiënten dan bij autochtone.

---

<sup>35</sup> Diagnostic and statistic manual for mental disorders, uitgave IV. Internationale handleiding voor het bepalen van mentale en geestesstoornissen.

Tabel 26: Verdeling van de patiënten naar herkomst en hoofddiagnose bij opname

Hoofddiagnose bij opname	Autochtonen	%	Allochtonen	%	Totaal
Kind & adolescentie stoornissen	502	34,10	20	22,22	522
Aanpassingsstoornissen	90	6,11	1	1,11	91
Dissociatieve stoornis	8	0,54	1	1,11	9
Stoornissen middelengebruik	142	9,65	10	11,11	152
Schizofrenie & psychotische stoornissen	28	1,90	7	7,78	35
Seksuele stoornis	1	0,07	0	0,00	1
Stemmingsstoornissen	187	12,70	13	14,44	200
Angststoornissen	39	2,65	3	3,33	42
Eetstoornissen	179	12,16	14	15,56	193
Somatoforme stoornissen	4	0,27	0	0,00	4
Stoornissen in de impulsbeheersing	54	3,67	3	3,33	57
Persoonlijkheidsstoornissen	80	5,43	6	6,67	86
Andere problemen	128	8,70	4	4,44	132
Onbekend	30	2,04	8	8,89	38
<i>Totaal</i>	<i>1472</i>	<i>100,00</i>	<i>90</i>	<i>100,00</i>	<i>1562</i>

## 2.3 Via welke wegen komen de jongeren terecht in de psychiatrische hulpverlening?

### 2.3.1 Vrijwillige of verplichte opname?

De meeste jongeren, ongeacht de origine, worden op vrijwillige basis opgenomen (85% van de autochtone en 77% van de allochtone patiënten). Minder dan 10% (7% van de autochtone en 8% van de allochtone patiënten) wordt opgenomen onder wettelijke voorwaarden (verplichte opname). Opname omwille van bijstand aan een persoon in nood, kan beschouwd worden als een vorm van hulpverlening wanneer het bijna te laat is. Het percentage allochtonen dat wordt opgenomen omwille van 'bijstand aan een persoon in nood' ligt merkbaar hoger (11%) dan het percentage autochtone patiënten (4%). Dit is ook weer een teken van een late instap in de hulpverlening bij allochtone jongeren. Gezien het aantal allochtone jongeren dat opgenomen werd omwille van een stoornis



gelieerd aan middelengebruik (in totaal 7) lager ligt dan het aantal dat opgenomen werd omwille van bijstand aan een persoon in nood (in totaal 10), kan het niet louter gaan om jongeren die opgenomen zijn ten gevolge van complicaties bij druggebruik. Op basis van onze gegevens kunnen we echter geen conclusies hierover trekken, een verdere analyse zou interessant zijn, maar ligt buiten het bestek van deze studie.

**Tabel 27: verdeling van de patiënten naar origine en status van opname**

	<b>Autochtonen</b>	<b>%</b>	<b>Allochtonen</b>	<b>%</b>	<b>Totaal</b>
Vrijwillige opname	1244	84,51	70	77,78	1314
Opname met wettelijke voorwaarden	98	6,66	7	7,78	105
Bijstand aan persoon in nood	65	4,42	10	11,11	75
Ander, niet gespecificeerd	29	1,97	1	1,11	30
Onbekend	36	2,45	2	2,22	38
<i>Totaal</i>	<i>1472</i>	<i>100,00</i>	<i>90</i>	<i>100,00</i>	<i>1562</i>

### 2.3.2 Wie of welke instantie verwijst de patiënten naar een psychiatrische behandeling?

In de MPG wordt geregistreerd via welk kanalen de betrokkene in de psychiatrie terecht komt. Dit gebeurt aan de hand van de vraag naar de drie laatst tussenkomende personen die de betrokkene de weg naar de hulpverlening hebben getoond. We kijken hier eerst naar de laatste persoon of instantie die voor de doorverwijzing heeft gezorgd, nadien kijken we naar de persoon of instantie die deze laatste heeft geadviseerd. Ten slotte wordt een beeld gegeven van wie of welke instantie deze voorlaatste persoon of instantie een opname in de psychiatrie heeft aanbevolen.

Tabel 28 toont aan hoe de jongeren uiteindelijk bij de behandelende dienst zijn terechtgekomen. Een op vijf (20%) van de autochtone en een op drie (29%) van de allochtone jongeren komt uiteindelijk op eigen initiatief naar de instelling. Daarnaast volgt 36% van de autochtone en 28% van de allochtone patiënten het initiatief van de familie of eigen omgeving. Bij beide groepen komt dus meer dan de helft op eigen initiatief of op dat van de directe omgeving. Op zich is dit geen opmerkelijke vaststelling, vermits de opname, indien er geen wettelijke voorwaarden aan verbonden zijn, op

vrijwillige basis gebeurt en dus met toestemming van de betrokkene. Het is niet verbazingwekkend dat het percentage jongeren die op eigen initiatief komen hoger ligt bij de allochtone groep dan bij de autochtone en dat het percentage dat op initiatie van de ouders of eigen omgeving komt lager ligt bij de allochtonen dan bij de autochtonen. Dit kan gedeeltelijk verklaard worden door de hogere leeftijd van opname bij de allochtone patiënten, waardoor zij makkelijker zelf tot een beslissing voor opname kunnen komen dan jongere patiënten. In hoofdstuk IV.3 zullen we bovendien zien dat allochtone ouders eerder een remmende invloed hebben op het hulpzoekgedrag van hun kinderen en pas als de problemen echt te groot worden, zullen instemmen met psychiatrische hulp.

Verder stellen we vast dat de andere patiënten via allerlei verschillende wegen tot opname komen. In ongeveer een kwart van de gevallen gaat het over andere voorzieningen binnen de (geestelijke) gezondheidszorg (psychiater, huisarts, ziekenhuizen, andere instellingen). Dit geldt voor zowel autochtone als allochtone patiënten. We kunnen dus concluderen dat naast de eigen omgeving vooral de voorzieningen binnen de gezondheidszorg een belangrijke rol spelen in de doorverwijzing. Dit wijst dan ook op het belang van samenwerking tussen verschillende eerste- en tweedelijns voorzieningen.

Het aandeel dat via een ander instellingsverband wordt doorverwezen ligt beduidend hoger bij allochtonen dan bij autochtonen (respectievelijk 12% en 6%). Dit hangt samen met de leefsituatie bij opname. Het percentage allochtone jongeren dat in instellingsverband (gemeenschapsinstelling, instelling voor gehandicapten of ander collectief) woonde voor de opname ligt op 11% tegenover 4% bij de autochtone groep (zie tabel 19).

Tabel 28: Laatst tussenkomende persoon of instantie

	Autochtonen	%	Allochtonen	%	Totaal
Eigen initiatief	271	20,33	24	28,92	295
Familie/eigen omgeving	483	36,23	23	27,71	506
Andere niet professionelen	8	0,60	1	1,20	9
Ziekenwagen	24	1,80	1	1,20	25
Juridische instantie	42	3,15	1	1,20	43
Ordehandhavers	10	0,75	2	2,41	12
Andere professionele personen zonder therapeutisch doel	79	5,93	2	2,41	81
Huisarts	25	1,88	2	2,41	27
Privé raadpleging psychiater van de eigen of een andere inrichting	37	2,78	2	2,41	39
Andere professionelen met therapeutisch doel	42	3,15	0	0,00	42
Poliklinisch eigen instelling of algemeen ziekenhuis	84	6,21	3	3,61	87
Eigen instelling	22	1,65	0	0,00	22
Psychiatrisch ziekenhuis of PAAZ	32	2,40	5	6,02	37
Alternatieve psychiatrische opvang	2	0,15	1	1,20	3
CGGZ	1	0,08		0,00	1
Ander instellingsverband	84	6,30	10	12,05	94
Onbekend	87	6,53	6	7,23	93
<i>Totaal</i>	<i>1333</i>	<i>100,00</i>	<i>83</i>	<i>100,00</i>	<i>1416</i>

Zo'n 20% van de autochtone en 29% van de allochtone patiënten komt uiteindelijk op eigen initiatief bij de hulpverlening terecht. Een kwart van de autochtone patiënten en een derde van de allochtone wordt in voorlaatste instantie geadviseerd door de familie (tabel 29). Weer spelen andere voorzieningen binnen de (geestelijke gezondheidszorg) in ongeveer een kwart van de gevallen een rol als doorverwijzer. Indien we een berekening maken, waarbij de patiënten die door slechts één persoon of instantie zijn doorverwezen (geen voorlaats tussenkomende persoon), buiten beschouwing laten, ligt dit percentage zelfs hoger. In beide groepen is het aandeel patiënten met slechts één doorverwijzer

gelijk, 17% van zowel de autochtone als allochtone jongeren heeft geen voorlaatst tussenkommende persoon of instantie gehad.

Tabel 29: Voorlaatst tussenkommende persoon of instantie					
	Autochtonen	%	Allochtonen	%	Totaal
Eigen initiatief	118	8,85	11	13,25	129
Familie/eigen omgeving	338	25,36	25	30,12	363
Andere niet-professionelen	14	1,05	1	1,20	15
Ziekenwagen	3	0,23	2	2,41	5
Juridische instantie	19	1,43	3	3,61	22
Ordehandhavers	11	0,83	0	0,00	11
Andere professionele personen zonder therapeutisch doel	138	10,35	6	7,23	144
Huisarts	35	2,63	3	3,61	38
Privé raadpleging psychiater eigen of andere inrichting	94	7,05	2	2,41	96
CGGZ	3	0,23	0	0,00	3
Andere professionele personen met therapeutisch doel	91	6,83	4	4,82	95
Poliklinische raadpleging eigen of andere instelling	27	2,03	2	2,41	29
Psychiatrisch ziekenhuis of PAAZ	26	1,87	0	0,00	26
Eigen instelling	19	1,43	0	0,00	19
Algemeen ziekenhuis	11	0,83	1	1,20	12
Alternatieve psychiatrische opvang	2	0,15	0	0,00	2
Ander instellingsverband	98	7,35	5	6,02	103
Geen tussenkommende persoon	226	16,95	14	16,87	240
Onbekend	60	4,50	4	4,82	64
<i>Totaal</i>	<i>1333</i>	<i>100,00</i>	<i>83</i>	<i>100,00</i>	<i>1416</i>

Tabel 30 geeft aan wie de derde laatst tussenkommende persoon of instantie is. Een eerste vaststelling die we kunnen maken is dat meer dan de helft van de jongeren slechts een of twee doorverwijzende personen of instanties heeft gehad. Bij deze patiënten komt met andere woorden geen derde laatst tussenkommende persoon aan te pas (in 56% van de autochtone opnames en 59% van de allochtone was er geen sprake van een derde laatst

tussenkomenende persoon). Verder zien we dat indien er een derde laatst doorverwijzende persoon of instantie is, deze verspreid is over de eigen familie/omgeving en de verschillende voorzieningen binnen de (geestelijke) gezondheidszorg. Het aandeel van laatstgenoemde voorzieningen ligt iets lager dan bij de voorlaatst en laatst tussenkomenende persoon of instantie.

Tabel 30: Derde laatst tussenkomenende persoon of instantie					
	Autochtonen	%	Allochtonen	%	Totaal
Eigen initiatief	75	5,63	3	3,61	78
Familie/eigen omgeving	101	7,58	1	1,20	102
Andere niet-professionelen	14	1,05	2	2,41	16
Ziekenwagen	5	0,38	0	0,00	5
Juridische instantie	11	0,83	1	1,20	12
Ordehandhavers	5	0,38	1	1,20	6
Andere professionele personen zonder therapeutisch doel	83	6,23	3	3,61	86
Huisarts	28	2,10	4	4,82	32
Privé raadpleging psychiater van eigen of een andere inrichting	67	5,03	3	3,61	70
CGGZ	5	0,38	0	0,00	5
Andere professionele personen met therapeutisch doel	41	3,08	3	3,61	44
Poliklinisch (eigen of andere instelling)	22	1,65	5	6,02	27
Algemeen ziekenhuis (eigen of andere instelling)	23	2,73	2	2,41	25
Andere PAAZ of psychiatrisch ziekenhuis	10	0,75	0	0,00	10
Alternatieve psychiatrische opvang	1	0,08	0	0,00	1
Ander instellingsverband	35	2,63	1	1,20	36
Onbekend	61	4,58	5	6,02	66
Geen derde laatst tussenkomenende persoon	746	55,96	49	59,04	795
<b>Totaal</b>	<b>1333</b>	<b>100,00</b>	<b>83</b>	<b>100,00</b>	<b>1416</b>

We merken op dat vooral het eigen initiatief en de familie/eigen omgeving een cruciale rol spelen bij de opname. We komen hierop terug in hoofdstuk IV.3. Uit de interviews met

hulpverleners en jongeren (zie verder) blijkt namelijk een zeker wantrouwen tegenover de geestelijke gezondheidszorg (vooral psychiaters en psychologen). Bovendien heerst er in veel families schaamte over een (mogelijke) opname in de psychiatrie. Het is dan ook logisch dat allochtone jongeren minder gemakkelijk de weg vinden naar een psychiatrische instelling dan autochtone.

Daarnaast wordt een belangrijk aandeel van de jongeren via andere centra binnen de (geestelijke) gezondheidszorg doorverwezen (andere professionelen met een therapeutisch doel, poliklinisch, ander instellingsverband, ander psychiatrisch ziekenhuis).

Jongeren die drie doorverwijzers gekend hebben maken niet specifiek gebruik van één kanaal; verschillende instanties of personen kunnen een rol gespeeld hebben. De vorm waarin de gegevens werden opgevraagd laat echter niet toe om hier verregaande conclusies over te trekken.

In de lijn van de verwachtingen ligt de tussenkomst van juridische instantie en ordehandhavers laag bij beide groepen (gezien het lage aantal dat afhankelijk is van justitie en het hoge aantal vrijwillige opnames).

Onderzoek van Geets e.a. (2001) komt tot gelijkaardige bevindingen. De voornaamste manieren waarop jongeren uit etnisch-culturele minderheidsgroepen in contact komen met de dienstverlening binnen de GGZ zijn volgens hen via doorverwijzing van school en onderwijsinstantie (11 meldingen van 17) en andere instanties buiten de school (11 meldingen). In hun bevraging werd slechts een keer melding gemaakt van een doorverwijzing door ouders (Geets e.a., 2001).

In tabel 31 bekijken we of patiënten problemen hebben met toegankelijkheid van de gezondheidsdiensten. Hieruit valt op dat de meeste autochtone en allochtone patiënten geen toegankelijkheidsproblemen kennen (respectievelijk 98% en 95% ervaren geen problemen). Onderzoek wijst echter geregeld op het gebrek aan toegang tot de gezondheidszorg voor allochtone patiënten (onder andere Timmerman & Verrept, 1999, Janssens, 2004). Uit de interviews met hulpverleners (zie verder) merken we trouwens dat allochtone gezinnen veel minder in de vrijwillige hulpverlening te vinden zijn omwille van verschillende redenen. Het kan dus zijn dat allochtone gezinnen die tot bij een

psychiatrische dienst geraken een selecte groep uitmaken, een betere kennis van de gezondheidssector hebben en er minder wantrouwig tegenover staan.

Tabel 31: problemen in verband met toegankelijkheid van de gezondheidsdiensten

	<b>Autochtonen</b>	<b>%</b>	<b>Allochtonen</b>	<b>%</b>	<b>Totaal</b>
Wel	20	1,56	4	5,33	24
Geen	1265	98,44	71	94,67	1336
<i>Totaal</i>	<i>1285</i>	<i>100,00</i>	<i>75</i>	<i>100,00</i>	<i>1360</i>

## 2.4 Belangrijkste vaststellingen

Uit bovenstaande gegevens blijkt dat het aantal allochtone jongeren dat opgenomen wordt in een psychiatrische inrichting of in een psychiatrische afdeling van een ziekenhuis erg laag ligt in vergelijking met het aantal autochtone. Bij beide groepen zijn er iets meer dan de helft meisjes.

Verder zijn er, in zoverre uitspraken geleverd kunnen worden met betrekking tot deze kleine groep, enkele verschillen in socio-demografische kenmerken tussen autochtone en allochtone minderjarige patiënten. De meeste autochtone jongeren wonen in het ouderlijk gezin, dit percentage ligt lager bij de allochtone jongeren. Ook de leeftijd bij opname ligt lager bij autochtone dan bij allochtone jongeren. Opvallend is het lage aantal opnames van allochtone minderjarigen tussen 10-14 jaar, hoewel zij binnen de MOF-dossiers van de jeugdrechtsbank een aanzienlijke categorie vormen. Er wordt weinig melding gemaakt van opvoedingsproblemen.

In de meeste gevallen is de opname vrijwillig gebeurd. Vooral kind- en adolescentiestoornissen worden vastgesteld. Op de tweede plaats komen eetstoornissen en op de derde stemmingsstoornissen. Proportioneel worden meer allochtone jongeren opgenomen voor schizofrenie en psychotische stoornissen dan autochtone jongeren, de enige syndromen die men echt als 'mentale afwijking' labelt. De diagnose 'stoornissen omwille van middelengebruik' komt even vaak voor in beide groepen. Opmerkelijk is het hoge percentage 'diagnose onbekend' bij de allochtone opnames. Een diagnose stellen bij een allochtone patiënt blijkt dus moeilijker te zijn dan bij een autochtone patiënt.

Meer dan de helft van de jongeren komt op eigen initiatief of op aanraden van de familie of directe omgeving bij een psychiatrische dienst terecht. Bij de meerderheid komt er geen derde laatste doorverwijzer aan te pas. Ander instanties dan de eigen omgeving die een adviserende rol spelen zijn personen of diensten binnen de (geestelijke) gezondheidszorg, zoals artsen, therapeuten en psychiaters.

In volgend hoofdstuk wordt ingegaan op de drempels waarmee allochtonen te kampen hebben binnen de GGZ en de mechanismen die aan de basis van een laattijdige instap in de hulpverlening kunnen liggen.



### 3. Allochtone en autochtone jongeren: verschillende trajecten naar de hulpverlening?

Het cijfermateriaal uit vorige hoofdstukken heeft aangetoond dat er effectief een ondervetegenwoordiging van allochtone jongeren is in de voorzieningen binnen de vrijwillige geestelijk gezondheidszorg, maar dat ze zeer sterk vertegenwoordigd zijn in de gedwongen hulpverlening. Er is bovendien sprake van een oververtegenwoordiging van allochtone jongeren in repressieve en penitentiaire instellingen (gemeenschapsinstellingen en centrum de Grubbe te Everberg). Deze gegevens wijzen op een verschillend gebruik van de voorzieningen door autochtone en allochtone jongeren. Dit geldt ook voor de groep jongeren met gedragsproblemen en psychische problemen. Allochtone jongeren met psychische problemen doorlopen een ander traject naar/en binnen de hulpverlening dan autochtone jongeren, waardoor voor de eerste groep het risico om in de criminaliteit terecht te komen hoger ligt.

Verschillende studies hebben reeds bevestigd dat de hulpverlening naar allochtonen onderhevig is aan specifieke problemen. Zo spreekt men over de taal- en cultuurbarrière (Lodewyckx & Timmerman, 1999; Verrept, 2000; Timmerman, Geets & Vanderwaeren, 2001; Timmerman & Vanderwaeren, 2001), wat de communicatie tussen de allochtone cliënt en de autochtone hulpverlener bemoeilijkt. De laatste jaren zijn verschillende stappen ondernomen om deze obstakels zoveel mogelijk op te vangen. Sociale tolkdiensten zijn opgericht, veel hulpverleners hebben een opleiding gekregen in interculturele bemiddeling en bovendien zijn er ook speciale interculturele bemiddelaars aangesteld in verscheidene diensten en organisaties. Deze initiatieven hebben zeker reeds vruchten afgeworpen, maar de sector blijft kreunen onder een zware werkdruk, waardoor niet altijd adequate hulpverlening kan geboden worden.

In dit deel wordt aan de hand van analyses van diepte-interviews met hulpverleners en jongeren gezocht naar de mechanismen die aan de basis liggen van het verschil in de trajecten die autochtone en allochtone jongeren naar en binnen de hulpverlening bewandelen.

## 3.1 Drempels afhankelijk van de specifieke situatie van allochtone jongeren

### 3.1.1 Gebrek aan kennis over de hulpverlening en isolement

In België is de hulpverlening binnen de geestelijke gezondheidszorg vrijwillig en gebeurt op initiatief van ouders of eventueel de betrokkene zelf, tenminste zolang een minderjarige geen schade heeft berokkend aan de samenleving of niet dient beschermd te worden tegen zichzelf. een eerste knelpunt bij allochtone ouders is dat zij niet altijd vertrouwd zijn met de werking van het systeem en daarom zelf geen initiatief zullen nemen. Volgens sommige hulpverleners hebben vooral allochtone gezinnen die vastzitten in traditionele rollenpatronen en norm- en waardensystemen hier problemen, ouders die zich gedeeltelijk geïsoleerd hebben. Ze spreken de taal niet en hebben een totaal verkeerd beeld over opvoeding op school, en ook een ander beeld over de opvoeding door Vlaamse opvoeders, en over de opvoeding in Vlaamse gezinnen.

*Hulpverlener: 'Een stuk door hun eigen toedoen maar ook door de manier waarop de maatschappij met die zaken [zoals opvoeding] omging, hebben ze een totaal verkeerd beeld over de opvoeding op school of over de Vlaamse gezinnen. Zij hebben ook vooroordelen dat Vlamingen hun kinderen maar los opvoeden. Hun dochters zijn vrij en mogen doen en laten wat zij willen.'*

*Hulpverlener: 'wij zijn [ toen] een experiment gestart om de mensen te informeren en te bevragen om daaruit voorstellen te doen om aan hun nood tegemoet te komen. Daarvoor hebben we eerst de mensen geïnformeerd over de bijzondere jeugdzorg en de jeugdbescherming en daaruit bleek dat heel veel vaders of moeders de weg naar het comité niet vonden, omdat het eigenlijk ontoegankelijk was voor hen. Ze kampten met een aantal barrières tegelijk die maakten dat ze daar niet terechtkomen. Geen kennis, geen weet van, geen taal, ... Vragen als: 'als ik er terechtkom wat gaat er dan van mijn kind of van mij verwacht worden?' Dus veel factoren die maakten dat de mensen eigenlijk niet vanuit zichzelf de stap zetten. Anderzijds kwamen ze wel in aanraking met de jeugdbescherming, maar dan vanuit de jeugdrechtsbank, vanuit de gedwongen hulpverlening.'*

### 3.1.2 Nood aan gestuurde hulpverlening

Zoals eerder vermeld, wordt bij allochtone jongeren in een problematische opvoedingssituatie vaak de opgelegde maatregel ingetrokken wegens het aanvaarden van vrijwillige hulpverlening. Dit wijst erop dat deze gezinnen bereid zijn hulp te aanvaarden. Het lijkt er echter op dat allochtone gezinnen met jongeren in een problematische opvoedingssituatie (dit kan aan de jongere zowel als aan de ouders zelf liggen) niet onmiddellijk de weg naar de vrijwillige hulpverlening vinden, maar daar via de omweg van gedwongen hulp wel in terechtkomen. Gezinnen waar een gestuurde hulpverlening noodzakelijk is, worden dikwijls pas geholpen bij gedwongen hulpverlening. Uit een bevraging van Geets e.a. (2001) blijkt dat jongeren uit etnisch-culturele minderheidsgroepen voornamelijk via gedwongen doorverwijzing met de BJB in contact komen (59 van de 78 meldingen). Op de tweede plaats gebeurde de doorverwijzing door 'andere instanties buiten de school' (41 meldingen) en op de derde plaats kwam de doorverwijzing via school en onderwijsinstanties (15 meldingen). Ook uit de gesprekken met hulpverleners kon een duidelijke nood aan meer gestuurde hulp afgeleid worden.

*Hulpverlener: 'Mol zit wel vol allochtone jongeren, maar naar Mol worden ze gestuurd door de jeugdrechter... . Stel dat de jeugdrechter zegt [tegen een allochtone jongere]: jij zit met een drugprobleem, jij moet naar een drughulpcentrum. Ofwel ga je daar elke dag naartoe en volgt er een programma ofwel krijg je zes maanden cel, dan zouden ze voor het eerste kiezen.'*

*Hulpverlener: 'Sommige ouders hebben nood aan gestuurde hulpverlening. Bijvoorbeeld: soms geeft de jeugdrechtbank een dossier door aan het comité. Echter het comité wacht met het opstarten van het hulpverleningsproces tot de jongere (of diens ouders) zelf contact hebben opgenomen met het comité. Zij verwachten dat de jongere de eerste stap zet, omdat het bij het comité om vrijwillige hulpverlening gaat. De eerste stap zetten naar het comité is niet simpel, vooral voor Marokkaanse gezinnen lijkt de drempel vaak nog te hoog. Soms krijgt de jeugdrechtbank deze jongeren opnieuw binnen en dan wordt het bemiddelingscomité ingeschakeld (waar de dwang tot deelname aan het hulpverleningsproces iets hoger is)... In de statistieken zal je merken dat er hier vaak Marokkaanse jongens over de vloer komen. Meestal in het kader van gepleegde feiten. Toch stel ik vast dat we veel meer hadden kunnen doen voor deze jongens wanneer ze vroeger in begeleiding*

*zouden stappen. Percentueel staan er hier veel meer Marokkaanse jongens onder toezicht dan op het comité. Dat komt omdat het meestal eerst 'te ver' moet komen opdat de molen van de hulpverlening ingeschakeld wordt.'*

*Hulpverlener: 'Een grote groep Marokkaanse gezinnen die in de bijzondere jeugdzorg terecht komen zijn gezinnen die door culturele diversiteit, door dat isolement eigenlijk, vrij snel in de bijzondere jeugdzorg terecht komen. De problemen beginnen al heel jong: op 11,12 jaar, soms al op 7-8 jaar. CLB's melden bepaalde problemen en ouders kunnen daar niet op ingaan of gaan daar niet op in en dan begint het...'*

Het invoeren van de 'maatregel van hoogdringendheid'<sup>36</sup> kan als hulpmiddel fungeren om mensen die geen initiatief tot hulp nemen en meer nood aan gestuurde hulpverlening nodig hebben nog een poosje in de vrijwillige dienstverlening te houden en hen te motiveren zelf iets aan hun situatie te doen voor ze in de gedwongen sector terecht komen. Deze maatregel houdt in dat de jeugdrechter een zaak doorgeeft aan het CBJ. De sociale dienst van het CBJ heeft 60/75 dagen de tijd om te onderzoeken of er vrijwillige medewerking is. Voor allochtone (en autochtone) gezinnen die nood hebben aan een meer gestuurde begeleiding is deze maatregel een middel om de nodige druk uit te oefenen tot medewerking binnen de vrijwillige hulpverlening.

*Hulpverlener: 'Nu, dat [een maatregel van hoogdringendheid] is een goede zaak voor ons, omdat wij [ondersteuningsteam allochtonen] dan iets hebben om dit type mens te motiveren naar verandering, omdat het in hun belang is om binnen de vrijwillige hulpverlening te blijven... Vrijwilligheid met die hoogdringende maatregel, is een enorme stok achter de deur, waardoor je mensen juist kunt motiveren om wel snel mee te werken, zodat ze niet naar de rechtbank moeten gaan.'*

---

<sup>36</sup> Decreet van 4 april 1990 inzake de Bijzondere Jeugdbijstand. Dit decreet is gewijzigd door het decreet van 7 mei 2004 en in werking gesteld op 14 januari 2005.

### 3.1.3 Verschillende verwachtingen

Volgens hulpverleners verwachten allochtone hulpvragers concrete, kant-en-klare oplossingen voor het hele gamma aan problemen (Timmerman & Vanderwaeren, 2001). Allochtonen zouden meer dan autochtonen verwachten dat hulpverleners met 'de' oplossing komen. De verwachtingen zijn soms hooggespannen, maar dit oplossend gedrag is meestal niet wat de hulpverleners aanbieden. Daardoor raken allochtone hulpvragers makkelijk gedemotiveerd en stappen vroegtijdig uit de hulpverlening.

*Hulpverlener: 'er zijn al verschillende verwachtingen [tussen allochtone en autochtone gezinnen] rond hulpverlening... maar ook tussen ouders en kinderen.'*

*Hulpverlener: 'de methode [van hulpverlening] sluit niet helemaal aan bij hen [allochtone jongeren]. Die is meer gericht op de middenklasse. Je moet bijvoorbeeld onmiddellijk met een hulpvraag komen en bepaalde verwachtingen naar de begeleider kunnen brengen. Maar die jongeren weten niet altijd wat ze hier kunnen verwachten.... Bij de drughulpverlening wordt bijvoorbeeld gedacht dat de druggebruiker genoeg moet afzien, dan pas kan hij gemotiveerd zijn. En als hij nog niet genoeg gemotiveerd is, dan denken hulpverleners dat hij nog niet veel geleden heeft. Maar als je vanuit dat standpunt vertrekt bereik je geen allochtonen.'*

Door een ander verwachtingspatroon komt de hulpverlening bij allochtonen dikwijls hoogdrempelig over:

*Hulpverlener: 'Vroeger werd hulpverlening vanuit familie gedaan. Zeker hier [bij allochtonen], de bevolking komt allemaal van 'den buiten', mensen die in grote gemeenschappen leefden. En als er problemen waren, werd dat binnen de gemeenschap opgelost. Via een oom, een goede buur. Dat kon iedereen zijn: een grootvader, voor meisjes misschien een tante. Dat waren eigenlijk mensen waarmee ze heel vertrouwd waren. Marokkaanse mensen kunnen moeilijk hulpverlening en vriendschap onderscheiden. Waarschijnlijk vanuit de vroegere context: iemand die helpt is ook uw vriend. Terwijl er hier een afstand is tussen een hulpverlener en een hulpvrager. Dat komt heel hoogdrempelig over.'*

Andere verwachtingen over de hulpverlening leiden ook tot een vroegtijdig stopzetten ervan. Allochtone gezinnen zouden sneller vinden dat het probleem opgelost is, veelal wanneer de crisis is opgelost, en vanaf dan ook afzien van verdere begeleiding.

*Hulpverlener: 'Het is wel opmerkelijk dat meer Marokkaanse gezinnen 'vroegtijdig' afhaken. Wanneer de crisis is gepasseerd wensen zij geen pottenkijkers meer in huis en stoppen ze met de hulpverlening, terwijl een opvolging soms wel wenselijk is. Het is voor hen een manier van de dingen te verwerken, er niet meer op terugkomen houdt in dat de dingen achter de rug zijn en zich in het verleden situeren. Zij slaan de bladzijde om.'*

Ook sommige allochtone jongeren hanteren deze zienswijze.

*Interviewer: 'Vind je het terecht dat je nu hier zit of heb je zo iets van 'het gaat een beetje te ver dit'?''*

*Jongere: 'Ja, eigenlijk wel ja. Het is een beetje te ver gegaan dat ik nu hier zit.'*

*Interviewer: 'Je vindt dit geen goede oplossing.'*

*Jongere: 'Nee.'*

*Interviewer: 'En wat zou volgens jouw wel een oplossing kunnen zijn, wat had je liever gehad?'*

*Jongere: 'Gewoon, dat ik niets had, geen problemen, dat is al. Ik heb nu ook begeleiding, ik wou dat ik die niet meer had.'*

...

*Interviewer: 'En wat vind je van die consulent, kan je daar een beetje mee praten?'*

*Jongere: 'Ja, dat is een goede consulent. Dat zijn wel goede begeleidingen maar ik had dat liever niet gewild, snap je.'*

*Interviewer: 'En is dat omdat je liever geen problemen had gehad of omdat je die begeleiding eigenlijk niet nodig hebt?'*

*Jongere: 'Ik heb dat [begeleiding] niet nodig.'*

*Interviewer I: 'Je hebt dat niet nodig. En de problemen die je dan hebt of hebt gehad hoe moeten die zich dan oplossen als je geen begeleiding hebt?'*

*Jongere: 'Ik ga dat zelf oplossen.'*

Onderzoek naar de perceptie en de beleving van delinquentie bij allochtone jongeren geeft ook aan dat de verwachtingen van sommige allochtone jongeren in de gedwongen hulpverlening op een teleurstelling uitdraaiden. Zo ervoeren ze bijvoorbeeld een gebrek aan tijd die psychiaters en maatschappelijk assistenten uittrokken voor een gesprek met hen en dat ze te weinig rekening hielden met het feit dat deze jongeren niet zomaar hun problemen willen vertellen aan iemand die ze nog niet hebben leren te vertrouwen (Foblets e.a., 2004).

### 3.1.4 Gebruik van alternatieve wijzen om psychologische problemen op te lossen

Veel allochtone gezinnen hechten geloof in beheksing, magie of andere oorzaken van dien aard als verklaring voor het ontstaan van psychische problemen en gedragsproblemen. De meeste hulpverleners die we interviewden kwamen hierop terug. Volgens sommige hulpverleners is het gebruik van alternatieve circuits voor het oplossen van psychische problemen dan ook vrij algemeen. Veel allochtonen zijn ervan overtuigd dat het gaat om betovering of bezetenheid. In dat geval wenst men eventueel liever (of ook) een beroep te doen op een imam of een alternatieve genezer dan een psychiater. Verschillende onderzoekers in België hebben studies verricht naar verklaringsmodellen voor gezondheids- en ziektegedrag en traditionele geneeswijzen bij Marokkanen en Turken (zie onder meer Gailly, 1990 en Verrept, 1998).

*Hulpverlener: 'De meeste mensen gaan naar een alternatieve genezer, iemand die zich daarin gespecialiseerd in heeft. Dat kan een imam zijn, dat kan ook een deskundige imam zijn, die mensen helpt via, dat kan je een beetje vergelijken met homeopathie, osteopathie, zoiets in die aard. Een aantal technieken, een aantal methodieken die ze toepassen zijn vooral een meerwaarde, denk ik, voor personen die daar zeer sterk in geloven. En dan mag je met je psychiatrie afkomen en dan mag je met je pilletjes en dan mag je met vanalles en nog wat afkomen, zij zullen eerder die weg kiezen. Dat is ook een factor die maakt dat de mensen daar [bij een psychiater of therapeut] eigenlijk niet geraken.'*

*Hulpverlener: '...De Marokkaanse gezinnen hebben ook een cultuur rond het omgaan met geestesziekten, met psychotische situaties, met psychologische problemen, zelfs met psychiatrische problemen. Ze hebben een eigen traject een*

*eigen weg in de cultuur om daarvan af te geraken, in hun eigen beleving alleszins. De wereld van psychiatrie, psychologie, therapeutische settings, zijn eigenlijk heel taboe, voor veel mensen is dat een taboe, ook al weten we dat er geleidelijk aan mensen daar ook naar toe grijpen maar in de eerste plaats grijpen ze naar alternatieve wijzen. Dat is eigenlijk een factor die maakt dat de cliënten zelf niet altijd terecht komen zelfs mensen die hier zijn grootgebracht, mensen die goed geïntegreerd zijn, de taal goed kennen, de structuur. Dat het voor die mensen zelfs nog moeilijk is om dat pad, die weg te bewandelen van geestelijke gezondheidszorg, dat kan je vergelijken met 20-30 jaar geleden bij ons.'*

*Hulpverlener: 'Ik heb verschillende vragen gekregen van moeders of van gezinnen om hen te ondersteunen naar alternatieve genezing, alhoewel ik er zelf van vond dat ze te maken hadden met een zoon die psychotisch was, bij wijze van spreken. Een keer bijvoorbeeld drong zich eigenlijk collocatie op. Het was een minderjarig kind en langs alle kanten werd er druk uitgeoefend om die jongen te laten opnemen. Die [jongen] leefde met een waanbeeld, een waanidee en ik kreeg die moeder maar niet mee naar de klassieke geestelijke gezondheidszorg. Maar die jongen moest sowieso residentieel opgenomen worden. Die jongen stond ook onder toezicht van de jeugdrechtbank. Een collocatie is voor mij wel echt heel ingrijpend en ik zeg tegen die mevrouw: 'maar waarom wilt ge dat nu echt niet doen [naar een psychiater gaan]? Dat is toch belangrijk voor uw kind. Uw kind is echt wel ziek. De psychiaters gaan die helpen, soms met medicatie, kunnen ze hem terug in de realiteit brengen, want uw kind, ge ziet zelf, die leeft niet in de realiteit. Heb je hem zo gekend?' Nee, mijn kind is bezeten, zei die vrouw.'*

*Hulpverlener: 'Ze leggen ook de oorzaak buiten zichzelf hé. Wij zouden dat behekst noemen, maar zij voelen zich dan bezeten of betoverd.'*

*Hulpverlener: 'Bijvoorbeeld iemand die hier 15 jaar getrouwd is, altijd gelukkig met zijn vrouw en die heeft 4-5 kinderen en plots heeft hij een drugsprobleem. De ouders van die man gaan direct zeggen: 'de vrouw van die man heeft dat gedaan, zij heeft hem behekst.' ...' Zij gaan nooit zeggen dat het komt door het gokken of dat hij een probleem heeft, dat hij altijd op café zit of dat het door zijn vrienden komt. Terwijl zij [de ouders van de man] weten dat hij een heel goede vrouw heeft die het eten altijd klaar maakt en zo en dat het een ernstige vrouw is. Het is direct*



*van 'jij [de vrouw] hebt hem behekst'. En dan proberen ze haar direct terug te sturen. Maar ze willen nooit het probleem in de schoenen van de zoon schuiven. En dan zeggen ze dat het door het boze oog komt.... . En dat is zo maar niet te wijzigen natuurlijk.'*

Volgens Hermans (1998) worden in de traditionele Marokkaanse cultuur psychische stoornissen vaak in termen van een personalistische etiologie opgevat. Een stoornis wordt dan als een direct resultaat van een bedoelde actie van een natuurlijke of bovennatuurlijke persoon gezien en de zieke is in dat geval het slachtoffer van die actie. Ook Marokkanen die in België wonen geloven hierin (Hermans, 1998).

### 3.1.5 Wantrouwen en schaamte ten opzichte van de hulpverlening

Zowel jongeren als hun ouders ervaren gemakkelijk wantrouwen of schaamte tegenover psychische hulpverlening. Ze associëren dit met 'gek' zijn of vinden dat zulke situaties binnen de familie geregeld moeten worden. In extreme gevallen wordt iemand wel eens naar familie in het thuisland gestuurd voor hulp.

*Hulpverlener: 'Wij hebben al verschillende kinderen uit instellingen gehaald, die daar al twee of drie jaar verbleven en waarvan de ouders het hadden opgegeven. Dat heeft ook te maken met het feit dat ouders zich niet aanvaard voelen door het instituut van de jeugdbescherming'.*

*Interviewer: 'Wat zou volgens jou wel een oplossing kunnen zijn, wat had je liever gehad?'*

*Jongere: 'Gewoon, dat ik niets had, geen problemen, dat is alles. Ik heb nu ook begeleiding, ik wou dat ik die niet meer had. '*

*Interviewer: 'Wat vind je niet leuk aan die begeleiding'*

*Jongere: 'Ja, dat hij teveel komt, dat hij over mijn problemen praat. Die denkt dat ik hier zot ben of zo.'*

Sommige hulpverleners hebben echter de ervaring dat de jongeren wel geholpen willen worden, maar dat de schaamte en het wantrouwen zich op niveau van de ouders bevindt.

*Hulpverlener: 'bij de allochtone jongeren ligt het grootste probleem, denk ik, bij de ouders zelf, gewoon omdat die ouders niet of nooit willen. Daar ligt het probleem...Ik hoor van jongeren op straat die geholpen willen worden, hoe graag zij dat zelf ook willen, maar het belangrijkste punt in die gezinnen is nog altijd de schaamte. De gemeenschap mag dat niet te weten komen, de burens, familie, ...'*

Onderzoek in andere landen wijst ook op het wantrouwen tegenover de hulpverlening als een belangrijke drempel bij etnische minderheden voor hulpzoekgedrag in de geestelijke gezondheidszorg (DHHS, 1999). Literatuur en klinische ervaringen wijzen erop dat de opname van een gezinslid in de psychiatrie een zeer ingrijpende ervaring voor het gezin kan zijn. Het houdt namelijk een sterk gevoel van statusverlies in. Vooral residentiële behandelingen worden ervaren als een blaam voor de eer van de familie en als een hypotheek op het vinden van een toekomstige huwelijkspartner. Bij een intake van een allochtone jongeren is het vertrouwen in de hulpverlening dan ook erg broos. Enerzijds is er nood aan de behandeling, anderzijds wil men deze liever niet hebben (Van den Berge, 1999).

### 3.1.6 Andere familiale dynamieken dan in autochtone gezinnen

Uit de analyse van de MPG hebben we kunnen afleiden dat de familie en eigen omgeving (zoals vrienden) een belangrijke rol spelen bij het zoeken naar therapeutische hulp. Veel autochtone jongeren zetten uiteindelijk zelf de stap naar de vrijwillige hulpverlening, maar in de meeste gevallen op aanraden van de ouders. Interviews met jongeren en met hulpverleners tonen aan dat autochtone jongeren door de eigen familie gestimuleerd worden tot vrijwillige hulpverlening.

*Autochtone jongere: 'Ik heb uiteindelijk maar zelf gevraagd om opgenomen te worden, want iedereen wilde dat ik opgenomen werd. Het CLB, mijn leerkrachten en familieleden ... en dan waren er ook nog veel vriendinnen die dat wilden. Dus heb ik dat gewoon gevraagd.'*

Een aantal hulpverleners gaven te kennen dat de relatie tussen ouders en kinderen anders ligt dan wat we gewoon zijn bij een autochtoon gezin. Dit komt op verschillende niveaus tot uiting.

Ten eerste ontstaat er gemakkelijk een conflictsituatie tussen ouders en kinderen omwille van de verschillende normen en waarden die door de ouders gehanteerd worden en die door de kinderen mee naar huis genomen worden.

*Hulpverlener: 'Er zijn [indertijd] verschillende projectjes opgestart om te peilen naar de noden van de mensen daar [in Borgerhout], er was een vrouwengroep en een mannengroep, allemaal jarenlang bevroegd geweest en het resultaat was dat ze het heel moeilijk hadden in de opvoeding van de kinderen. De opvoeding was eigenlijk voor hen een beetje een machteloosheid geworden omdat het eigenlijk niet evident is [voor hen] om hun eigen normen en waarden toe te passen in deze samenleving, want de kinderen worden eigenlijk in twee werelden grootgebracht. Enerzijds worden de westerse normen en waarden mee naar huis gebracht, anderzijds moeten de ouders dat proberen in te passen, aan te passen aan hun eigen normen en waarden en daar zijn eigenlijk heel wat conflicten rond gebeurd. Daarrond zijn eigenlijk heel wat problematische opvoedingssituaties ontstaan.'*

Onderzoek over intergenerationele relaties in allochtone gezinnen toont aan dat de minderheidspositie van deze gezinnen aanleiding kan geven tot rolverwarring tussen ouders en kinderen. Door hun relatieve voorsprong in onder andere de kennis van de taal nemen kinderen de rol van bemiddeling met de buitenwereld op zich en nemen ze in dikwijls ook de sturende positie van de ouders op zich. Het spanningsveld tussen de dominante cultuur en die van de minderheid wordt dan verschoven naar de relatie tussen de ouders en de kinderen (Phalet, 1999).

Opmerkelijk is dat allochtone ouders vaak een remmende invloed uitoefenen op het hulpzoekgedrag van de jongere. Zoals reeds vermeld heerst bij hen een zekere mate van wantrouwen en schaamte. Ook een andere perceptie van de ouders op de hulpverlening of tegenover de problematiek van de jongere kan hiervan de oorzaak zijn. In het geval van stoornissen bij jonge kinderen en adolescenten zijn de ouders ervan overtuigd dat het probleem bij de jongere ligt. De oorzaak kan dan een biologische factor zijn of magie (het boze oog), maar ook de onvolwassenheid van het kind zelf dat zich nog niet alle opvoedingsidealen (zoals rede, geduld of zich schamen) heeft eigen gemaakt (Hermans, 1998). Ouders voelen zich hierdoor niet begrepen door de jongere en door de hulpverlener, wanneer die er anders over denken.

*Hulpverlener: 'Samenwerking met ouders is vaak heel moeilijk omdat dikwijls een dominante of autoritaire vaderfiguur zich erin betrekt. Zij vonden dat we hier maar blabla aan het vertellen waren en dat hun kind moest luisteren. Zij hadden dat ook altijd moeten doen of ze kregen slaag. En nu wordt die tendens wat doorgetrokken, maar die jongeren accepteren dat pak slaag natuurlijk niet meer. En dan ontstaan er problemen. '*

*Hulpverlener: 'Als je vanuit een gezinsgerichte kijk op emancipatie vertrekt, dan help je een [allochtone] vrouw niet om zich te emanciperen door zich eenzijdig op haar te richten. Je moet ook naar de man toe werken. Ik denk dat dat ook gebeurd is met de hulpverlening. Men stelt, ook terecht, de belangen van het kind centraal, die krijgt bijvoorbeeld een advocaat. Maar dat kind heeft misschien ook andere boodschappen gegeven. Een aantal van die boodschappen worden misschien verkeerd gepercipieerd [door de ouders] waardoor er veel ongenoegen heerst bij de ouders.'*

*Hulpverlener: 'Het gebeurt vaak dat we afspreken [met een allochtone jongere] die spontaan komen en zeggen dat ze willen geholpen worden. We maken dan een afspraak voor de volgende dag op een bepaald uur. Ja zeker en vast en je staat daar dan en zij komen niet opdagen. Dan hebben ze dat misschien thuis uitgelegd en mogen ze niet meer komen, zo van : 'als je daar naartoe gaat dan breng je de familie in schaamte.'*

Ook uit een omgevingsanalyse van de Preventiecel van de Bijzondere Jeugdbijstand regio Antwerpen (2004) komt een onderscheid tussen autochtone en allochtone ouders in de communicatie over en weer met consulenten naar voren. Wanneer een consulent naar aanleiding van een MOF-dossier van een minderjarige met de ouders praat, blijken autochtone ouders gemakkelijker opvoedingsproblemen te melden. Allochtone ouders plaatsen het MOF meer buiten het gezin en vertellen zelden over problemen binnen het gezin of de opvoeding.

De huidige vormen van hulpverlening, waar men eerder vanuit een horizontale aanpak vertrekt en de jongere centraal stelt, dient echter meer aandacht te hebben voor de opvattingen en de belevingswereld van de allochtone ouders. Enkel indien wederzijds

begrip wordt aangevoeld is er mogelijkheid tot communicatie. Ook ander onderzoek wijst op een gebrek aan ouderbegeleiding binnen de kinderverpsychotherapie (Meurs, 1999).

De verschillende perceptie hoeft echter niet altijd bij de ouders te liggen, ook jongeren zelf kunnen een andere perceptie op hun eigen gedrag hebben dan de ouders en de jeugdrechter en zich daardoor niet begrepen voelen.

*Allochtone jongere: 'Eerst op school, mijn gedrag en resultaten [waren niet goed], maar dat begon weer goed te gaan. En daarna, ik wou het goed doen dit jaar. Ik wou overgaan naar het derde. Toen is de politie naar de school gekomen, ze hebben mij opgehaald en ik moest naar de jeugdrechter en die heeft mij gezegd welke problemen er waren. Mijn moeder heeft gezegd: 'Die luistert niet naar mij', snap je? Maar mijn moeder moest dat zeggen van die rechter. Ze is een beetje bang voor die jeugdrechter.'*

*Interviewer: 'Jouw moeder was bang voor die jeugdrechter?'*

*Jongere: 'Nee, niet echt bang. Bij ons is dat anders, ze is een beetje bang... het is anders dan bij jullie. Ze vertelt gewoon de waarheid. Ze zegt alles wat er gebeurd is. Ze zegt dat ik niet naar haar luister, dat ik te laat thuiskom. En die [jeugdrechter] maakt daar dan zoiets zo groots van, hé.'*

Verder kan er een spanning ontstaan tussen het persoonsgericht denken van de allochtone jongere, mede onder invloed van de hulpverlener en de 'verticale loyaliteit' die de jongere heeft naar de ouders. Door deze spanning kunnen zich communicatiestoornissen ontwikkelen waardoor geen enkele partij zich nog begrepen voelt en de hulpverlening in het slop dreigt te geraken.

*Hulpverlener: 'Hulpverleningscentra voor jongeren redeneren veel meer nog vanuit het emancipatie-idee van jongeren, hè. En werken dus iets minder met de verticale loyaliteit naar de ouders en naar de gemeenschap toe. Terwijl die [verticale loyaliteit] zeker bij die jongeren aanwezig is, misschien onderhuids, maar er zeker is. Dus dan krijg je soms wel verkeerde raad. Er komt eigenlijk boven op uw bril [van de allochtone jongere], die al persoonsgericht gekleurd is, nog eens een persoonsgerichte bril van een hulpverlener, die dat [persoonsgerichte] eerder versterkt, dan op elkaar [persoonsgerichte kijk versus verticale loyaliteit] afstemt... Zij [de hulpverleners] stimuleren hen assertief te zijn, op te komen voor hun*

*mening. Daarover durven praten met de ouders, terwijl dat niet altijd de juiste weg is.'*

*Interviewer: 'Omdat die jongeren eigenlijk impliciet nog altijd die verticale loyaliteit [naar de ouders] hebben.'*

*Hulpverlener: 'Ja en soms zelf onderschatten, ze doen wat de hulpverlener vraagt, maar daardoor komen ze nog verder van huis in plaats van dichterbij huis... 't veronderstelt eigenlijk echt wel zicht op interculturaliteit van die hulpverleners en welke mechanismen daar een rol bij spelen. Veel van die jongeren nemen snel onze communicatiestijl over. De zaak formuleren op een directe manier bijvoorbeeld. Maar daardoor is het voor mensen die daar niet zoveel ervaring mee hebben, niet zo gauw te zien, dat ze [allochtone jongeren] eigenlijk veel groepscultureler in elkaar zitten dan dat ze zich uiten, hè. De automatismen ontwikkelen zich als je heel jong bent, omdat je dan ondergedompeld bent in de cultuur van je ouders. Maar hoe ouder je bent, hoe meer je subcultureel en cultureel ook nieuwe elementen opneemt. Dus, wat neemt de jongere het snelst over op bewust niveau? De directe communicatiestijlen, de dingen zeggen zoals ze zijn, bijvoorbeeld 'ik wil vrijheid hebben. Ik wil rechten hebben.' Het is logisch dat ze dat overnemen. Maar dat wil niet zeggen dat ze altijd geleerd hebben de verantwoordelijkheid op te nemen voor die vrijheid, hè. Vrijheid verdienen op basis van vertrouwen, omdat je je afspraken kunt houden, is iets totaal anders. En dat hebben ze zelf niet altijd door. En dus, als zij een uitleg geven aan een hulpverlener en die ziet dat niet, dan kunnen die [de hulpverleners] zich daar serieus aan mispakken. Iemand [allochtone jongere] kan dus heel assertief overkomen, maar daarom is die persoon niet assertief. Ze hebben gewoon het taalgebruik en de opvattingen mee overgenomen, maar op een dieper niveau zitten ze dikwijls veel groepscultureler in elkaar.'*

Ook ander onderzoek wijst op het moeilijke schipperen tussen de verschillende maatschappijvisies waarmee zowel allochtone jongeren als hun ouders worden geconfronteerd. Timmerman (1999) wijst erop hoe conflictueus deze waardeverschillen kunnen zijn. Turkse ouders zijn bijvoorbeeld tevreden dat hun dochters studeren, maar ze vrezen ook het oordeel van de eigen gemeenschap omdat de studie de traditionele islamitische rol van de dochters in het gedrang brengt (Timmerman, 1999). Hoewel migrantenmeisjes klagen over de controle vanuit hun familie en omgeving, proberen ze toch openlijke conflicten te vermijden. Meestal voegen ze zich ook naar de wensen en

richtlijnen van hun ouders (Timmerman, 1999, Meijers, 1991, de Vries, 1987). Maar niet alle meisjes doen dit.

*Hulpverlener: 'Wij hebben hier een meisje gehad van Libanese afkomst, maar ook met een Belgisch paspoort. Zij was één jaar toen ze [met haar ouders] hier was toegekomen. Ze had een ongelofelijk dominante vader en een ongelofelijk bezorgde moeder maar die kreeg niets gedaan, want de vader was altijd in de buurt. Toen zij hier kwam was het grote struikelblok uitgaan en haar kledij. Maar ja, zij kwam hier als zeventienjarige, ze kon op studio. Voor haar achttien zeiden haar vader en moeder altijd: 'zij is minderjarig, wij hebben de beslissing in onze handen van wat ze mag en niet mag'. Het heeft lang geduurd voor wij konden beslissen over haar weekends, afhankelijk van wat ze in die week gedaan had, of ze mocht uitgaan of niet, want zij kreeg altijd een njet van thuis. Daarom ging ze gewoon uit zonder dat wij het wisten en waardoor wij in een heel vervelende situatie kwamen [naar de ouders toe]. Want wat moesten wij nu aan uw ouders zeggen?'*

De discrepantie tussen het denkkader van de ouders enerzijds, dikwijls beïnvloed vanuit hun land van origine en het denkkader van de jongere en de hulpverlener anderzijds, ligt ook aan de basis van de remmende invloed van de ouders op het hulpzoekgedrag van de jongere. Hierdoor verloopt de communicatie moeizaam en wordt hun medewerking gehypothekeerd. Door het hanteren van een verschillend denkkader kunnen misverstanden ontstaan tussen ouders, jongeren en hulpverleners. Sommige hulpverleners spreken van een meer groepsgerichte logica bij ouders van Noordafrikaanse origine en een meer persoonsgerichte logica in onze denkwereld. Oost-Europeanen zouden dan weer sterk beïnvloed zijn door het dikwijls totalitaire regime waarin ze zijn grootgebracht.

*Hulpverlener: 'De Marokkaanse gezinscultuur is nog altijd, hoewel ze aan het evolueren is, een zeer collectief gericht systeem, waar het individu eigenlijk behoefte heeft aan deelname aan het geheel.'*

*Hulpverlener: 'Nieuwkomers, ouders, eerste generatie, die zijn al volwassen wanneer ze naar hier komen. Dus die zijn helemaal doordrongen van de vanzelfsprekende betekenissen uit hun land en uit hun levensomstandigheden. En omdat ze al volwassen zijn, is dat heel erg verweven met hun identiteit. Terwijl hun kinderen*

*hier zijn opgegroeid met twee logica's tegelijkertijd. De groepscultureel gerichte logica en de persoonsgerichte logica. En zij hebben dat al of niet goed aan mekaar geknoopt, ze [de kinderen] kunnen ook wisselen van denkkader of zijn soms kameleons, hè. Maar dat maakt dat een conflict er aanvankelijk dikwijls groter uitziet dan dat het echt is. Natuurlijk, mensen die uit het Oost-Europa komen, die zijn daarom niet groepscultureel gericht, maar die zijn wel heel sterk beïnvloed geweest door het totalitaire in hun wereldbeeld hè. Dus, we hebben, laat ons zeggen, grosso modo te maken met drie mens- en wereldbeelden en natuurlijk dan nog de specifieke situaties van al die landen hè, want je hebt hier meer dan honderd culturen in Antwerpen zitten. Maar je kan ze in grote lijnen, qua logica, wel herleiden tot drie grote denkkaders, laat ons zeggen, referentiekaders.'*

De remmende invloed is dikwijls van dien aard dat jongeren niet naar de hulpverlening durven te stappen en dat zij in een zeer laat stadium, en dikwijls pas wanneer het gaat om gedwongen hulp, begeleiding krijgen.

*Hulpverlener: 'Bijvoorbeeld, heel veel allochtone meisjes worden meer beschermd of meer gecontroleerd [dan de jongens] en voelen de groepsdruk ook, om er zomaar niet op eigen houtje naartoe te gaan, dus die stap naar de hulpverlening is niet zo evident. Het is dus niet zo dat ze meestal massa's hulpverleners achter de rug hebben.'*

Het is dan ook niet verwonderlijk dat vooral allochtone jongeren die gebroken hebben met de eigen familie of die erdoor verstoten zijn, hun weg vinden naar de hulpverlening. De druk die door de ouders uitgeoefend wordt is dan weggefallen. Dit kan mede verklaren waarom allochtone jongeren op relatief late leeftijd in de hulpverlening terechtkomen. De MPG wijzen ook in die richting, de hoofdmoot van de allochtone jongeren die werden opgenomen zijn tussen 15 en 17 jaar (81%). Hoewel bij de autochtone jongeren ook een grote meerderheid tot die categorie behoort (67%), is meer dan een derde jonger dan 15 jaar. Onderstaande citaten tonen de problematiek van de invloed van de ouders om al dan niet naar de hulpverlening te gaan aan.

*Hulpverlener: 'Het is heel moeilijk voor een straathoekwerker om [allochtone jongeren van] die leeftijd, dat wil zeggen tussen de 15 en 25, te motiveren om naar de drughulpverlening of geestelijke gezondheidszorg te komen. Welke krijg je*



*wel naar hier? Dat zijn jongens die al een stuk verstoten zijn door de familie of waarvan de familie gezegd heeft: 'ik breek met u', omdat heel de omgeving al tegen de vader heeft gezegd van: 'je mag hem echt laten gaan, daar is niks mee aan te vangen, trek je daar niks meer van aan, hé'. Dus die vader krijgt bij wijze van spreke de zegen om te breken, of het is zo erg dat hij moet breken. Die jongens komen naar straathoekwerk toe of naar de hulpverlening.' ... 'En ook meisjes die verstoten zijn, 13-14-15 jaar, dan zie je daar meisjes die iets assertiever zijn dan de andere meisjes (die iets bedeesder zijn). Die zie je dan 5 à 10 jaar later [in de hulpverlening]. Eerst via prostitutie, dan drughulpverlening. Zo zien wij allochtone meisjes regelmatig. Maar die tussenfasen, die zien we niet.' ... 'Dan vinden die wel gemakkelijk de instelling, om geholpen te worden, maar dan is er totaal geen contact meer met de familie.'*

### 3.1.7 Het belang van de vriendengroep

Het spreekt voor zichzelf dat tijdens de jeugd en adolescentie het belang van de vriendengroep niet te onderschatten is. Een studie over opvoedingsondersteuning en bijzondere jeugdzorg (Carrette, 2003) meldt dat jongeren in de bijzondere jeugdzorg vrienden tot de meest belangrijke personen van hun sociaal netwerk rekenen. Heel wat jongeren duiden ook vrienden aan als betrokken bij de opvoeding. Indien de steun van vrienden of de vriendengroep omslaat in een vorm van 'druk', kan dit echter negatieve gevolgen hebben. Leeftijdsgenoten met wie een jeugdige delinquent omgaat, spelen namelijk een belangrijke rol in zijn/haar criminele loopbaan, vooral lidmaatschap van een bende verhoogt het risico op jeugddelinquentie en ook recidive, terwijl omgang met jongeren die criminaliteit afwijzen een beschermende factor biedt (Hoge, 1994) zowel als risicofactor voor crimineel gedrag als voor de hulpverlening (Hoge, 1994; Benda, 2001, Foblets e.a., 2004). Hoe meer delinquente vrienden een jongere heeft, hoe meer hij of zij hun normen en waarden overneemt en hoe groter de kans dat hij/zij delinquent gedrag zal vertonen. Jongeren die een delict hebben gepleegd, kennen ook meer delinquenten dan jongeren die geen delicten gepleegd hebben. Laatstgenoemden nemen ook meer bewust afstand van 'verkeerde' vrienden (Foblets e.a., 2004). Ook de omgevingsanalyse van de Preventiecel BJB regio Antwerpen (2004) maakt melding van problemen die verband houden met leeftijdsgenoten en relaties en het hebben van een risicovolle vriendengroep bij jongeren met een MOF-dossier.

*Hulpverlener: 'De druk van de vriendenkring - het is niet altijd een 'bende' maar af en toe heeft het wel een aantal eigenschappen of kenmerken van een bende - is zo groot dat de begeleider soms achter de feiten aanholt. Zo iemand kan die vrienden soms ook niet buiten houden uit zijn appartement, letterlijk en figuurlijk. En die verbondenheid is veel groter dan de begeleider ooit zal hebben met die jongere. De begeleider zal er nooit voor kunnen zorgen dat hij [de jongere] voor zijn eigen welzijn die vriendengroep links laat liggen.'*

## 3.2 Drempels afhankelijk van de specifieke situatie van de hulpverlening

### 3.2.1 Wachtlijsten

Het is bekend dat er lange wachtlijsten bestaan binnen de hulpverlening in het algemeen en de geestelijke gezondheidszorg in het bijzonder. Dit scheidt dan ook een probleem bij personen die moeilijk overtuigd raken van de nood aan hulpverlening. Indien ze overtuigd zijn en mee wil werken, is het belangrijk dat de hulp quasi onmiddellijk beschikbaar is, anders dreigt hun akkoord weer te vervallen tegen de tijd dat er opvang of hulp mogelijk is.

*Hulpverlener: 'Het is al heel moeilijk om mensen mee te krijgen naar een doorverwijzing en als het dan al lukt is het nog heel moeilijk om mensen te vinden die hen opnemen. En als mensen dan al akkoord zijn, dan kunnen we niet nog eens een jaar wachten, want dan is hun akkoord weer weg'.*

*Hulpverlener: 'Als toegankelijkheid betekent hoe snel iemand hulp kan krijgen, is het Comité [van de Bijzondere Jeugdzorg] niet meteen laagdrempelig. Men moet gemiddeld 2 tot 3 maanden wachten alvorens men in aanmerking komt voor een eerste gesprek. Wanneer dan uiteindelijk blijkt dat de jongere in kwestie in aanmerking komt voor een project binnen de BJZ is er veel kans dat hij/zij opnieuw op een wachtlijst terecht komt.'*

### 3.2.2 Gemotiveerde cliënten krijgen voorrang

Een essentieel onderdeel van de vrijwillige hulpverlening is de motivatie van de cliënt en zijn/haar omgeving. Uit een studie van intake-criteria van residentiële instellingen (Knorth, 2001) blijkt motivatie voor hulp een belangrijk criterium voor intake. Opvallend is dat ook motivatie van de ouders een rol speelt. Volgens Knorth en Cerstin (2001) is het nieuwe hieraan dat de attitude van de ouders meer gewicht lijkt te krijgen dan tevoren het geval was in de jeugdhulpverlening. Dit zou het gevolg zijn van het meer gezinsgericht werken van instellingen: ouders gelden als partners die bij de start van het hulpverleningsproces worden aangesproken om een samenwerkingsverband aan te gaan. Echter, wanneer motivatie voor hulp als een statisch kenmerk van de cliënt en zijn/haar ouders wordt gezien, bestaat het gevaar voor selectie: enkel de meest gemotiveerde hulpvragers krijgen een plaatsingsaanbod (Knorth, 2001). Ook in ons onderzoek hebben verschillende hulpverleners op dit risico gewezen:

*Hulpverlener: 'Belangrijke voorwaarde voor een jongere om naar hier te komen is motivatie, we zetten dat altijd bovenaan ons lijstje, maar dat is heel genuanceerd, hoor. Want je kan niet enkel gemotiveerde jongeren opnemen natuurlijk. We hebben geen opnameplicht... Jongeren kunnen zich ook wel verkopen op een intake, dat weten wij ook. Ik denk dat als er hier een jongere zit die zegt: 'goh ik zie dat hier absoluut niet zitten', ja, dan beginnen we er ook niet aan. Maar als jongeren alleen al zeggen van 'ja, ik denk dat ik dat wel ga kunnen', zelfs al blijkt dat het totaal niet lukt of niet kan, dan proberen we het toch.'*

*Hulpverlener: 'De homes zitten altijd vol, dus kunnen zij criteria stellen. De consulenten moeten echt leuren met jongeren, om ze ergens binnen te krijgen. En de meest gemotiveerde is natuurlijk het handigst om mee te werken. Maar eigenlijk is het bedoeld voor degenen die deze hulp het hardst nodig hebben, maar door het probleem van vraag en aanbod, zitten we met het omgekeerde. De meest werkbare voor hen krijgen de kans en de moeilijkste vallen uit de boot.'*

*Hulpverlener: '[In een bepaald centrum] zullen geen allochtonen komen hé. 't Schijnt dat zij niet voorbij de intake geraken, ze [hulpverleners] hebben er een beetje schrik voor denk ik, dat zij niet genoeg vaardigheden hebben om die jongeren therapie aan te bieden.'*

Dit wil echter niet zeggen dat allochtone jongeren niet gemotiveerd zouden zijn voor hulp. Uit een studie naar opvoedingsondersteuning bij jongeren binnen de bijzondere jeugdzorg blijkt dat negen op tien jongeren, ongeacht of ze van autochtone dan wel allochtone origine zijn, vinden dat ze formele hulp kunnen gebruiken. Allochtone jongeren vinden echter informele hulp belangrijker dan autochtone, 44% tegen 34% (Carrette, 2003). Ook uit onze interviews bij hulpverleners zowel als bij jongeren komt naar voren dat zij wel geholpen willen worden. Wat de motivatie betreft, hebben allochtone jongeren en/of hun ouders echter een verschillend vertrekpunt dan de (autochtone) hulpverlening. De volgende citaten illustreren dit:

*Hulpverlener: 'Het hulpverleningsstelsel hier vertrekt te veel vanuit persoonsgerichte vanzelfsprekendheden. Men gaat voort op de motivatie van de cliënten, dat bekijkt men door een persoonsgerichte bril. Dat wil zeggen, een cliënt die al een beetje inzicht heeft over het eigen aandeel dat fout loopt, en ook beseft heeft dat hij of zij er minstens zelf iets aan zal moeten doen, om het terug in de goede richting te krijgen. In die zin vallen veel allochtonen uit de boot omdat zij veel meer het gevoel hebben dat de zaken hen overkomen. En men [hulpverlening] heeft weinig zicht op externe motivatie. Die mensen [allochtonen] zijn wel gemotiveerd, maar ze willen vooral dat er hulp komt om hun omstandigheden te veranderen. En, het laatste van het proces is, dat ze inzien dat ze er ook zelf iets mee te maken hebben. Maar wij [de hulpverlening in Vlaanderen] gaan ervan uit dat je reeds moet vertrekken met dat inzicht [dat je zelf ook verantwoordelijk bent voor de situatie waarin je terecht bent gekomen].'*

*Hulpverlener: 'wat betreft drughulpverlening, hebben we zeker in het verleden, misschien nu wat minder, gedacht dat een druggebruiker genoeg moet afzien, lijden. Dan kan ie pas gemotiveerd zijn, en als hij nog niet zo gemotiveerd is, dan wil dat zeggen dat hij nog niet zo veel geleden heeft, dus laat hem dan nog maar wat, nog maar wat lijden. Maar ja als je vanuit dit standpunt vertrekt, dan bereik je zeker, absoluut geen allochtonen'*

### 3.2.3 Niet kunnen afdwingen van vrijwillige hulpverlening en doorverwijzing.

De geestelijke gezondheidszorg in onze regio is sterk persoonsgericht, vooral gebaseerd op vrijwilligheid, en motivatie is een belangrijke factor voor opname. Hierdoor zijn de drempels voor hulpverlening nog steeds hoger voor allochtone jongeren dan voor autochtone. Zoals eerder vermeld stelt zich bij sommige gezinnen en jongeren zelf bijvoorbeeld een probleem bij het houden aan afspraken of ondervinden zij meer nood aan een gestuurde hulpverlening. In bepaalde gevallen 'moet het eerst te ver komen' vooraleer de hulpverlening wordt ingeschakeld. Het spreekt voor zichzelf dat dit nadelige gevolgen heeft voor een adequate begeleiding.

Een voorbeeld van centra die een vroegtijdige signaalfunctie hebben, maar door hun vrijwillig karakter geen begeleiding kunnen afdwingen zijn de centra voor leerlingenbegeleiding. De centra voor leerlingenbegeleiding (CLB) geven informatie, hulp en begeleiding aan leerlingen, ouders, leerkrachten en schooldirecties. Het zijn multidisciplinaire teams die de leerlingen op vier domeinen kunnen begeleiden: leren en studeren, de schoolloopbaan, preventieve gezondheidszorg en sociaal-emotionele ontwikkeling. CLB's kunnen leermoeilijkheden signaleren, maar ook psychische problemen en gedragsproblemen bij kinderen of relatieproblemen tussen kinderen en ouders (Van Coppenolle & Brans, 2004). De CLB's doen aan vrijwillige dienstverlening en geven begeleiding op initiatief van de vraagsteller, namelijk de leerling of een ouder. De school kan ook problemen signaleren aan het CLB en het CLB kan zelf ook voorstellen tot begeleiding doen.

Volgens het *mission statement* van de CLB's begeleiden zij prioritair *leerlingen die bedreigd zijn in hun ontwikkeling of opgroeien in een risicovolle omgeving* (Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, s.d.; Timmerman, Geets & Vanderwaeren, 2001). Tussen deze prioriteit en het vrijwillig karakter van de begeleiding door de CLB's is er echter een zekere spanning. De CLB's hebben namelijk een belangrijke signaalfunctie. Verschillende studies hebben trouwens uitgewezen dat de school en de CLB's de belangrijkste doorverwijzers zijn voor het Comité van de bijzondere jeugdzorg (Preventiecel, 2004). Niettegenstaande bestaat het gevaar dat de CLB's onderhevig zijn aan een vorm van 'Matheuseffect', diegenen die het meest nood hebben aan deze dienstverlening, namelijk kansarmen en leerlingen van allochtone origine, komen er het minst mee in aanraking.

Vooral middenklasse gezinnen doen een beroep op de CLB's. Verschillende redenen kunnen hiervoor aangehaald worden. Ouders die zelf problemen bij de kinderen inschatten, contacteren zelf het CLB om het probleem verder te onderzoeken en mee te zoeken naar een oplossing of gepaste begeleiding. Het CLB zal makkelijker verder werken met deze gezinnen dan met gezinnen die de afspraken niet nakomen omdat het CLB nu eenmaal geen afspraak of begeleiding kan afdwingen. Door het vrijwillig karakter van hun dienstverlening kunnen ze geen hulp afdwingen, noch sturen. Indien met ouders of leerlingen afspraken gemaakt worden en laatstgenoemden komen niet, kunnen zij geen verdere hulp forceren.

*Hulpverlener: 'Het is wel zo dat de mensen van het CLB veel werk hebben, wij moeten soms maanden wachten voor zij mee kunnen tussenkomen en een kind kunnen testen. Dus, zeker de netten waar ze heel veel kansarmen, zowel autochtonen als allochtonen hebben, die mensen zijn overbelast.... Soms beginnen ze met een onderzoek en dan is die leerling juist van net veranderd en dan moet er opnieuw begonnen worden met een ander CLB. Ze moeten ook altijd de medewerking van de ouders hebben. Tegen dat er dan weer een afspraak is gemaakt [met de ouders], is er weer zoveel tijd overheen gegaan.'*

Hierdoor en mede door het belang van de motivatie van de jongere en zijn/haar omgeving, werken zij in de eerste plaats met jongeren en hun ouders die wel open staan voor de hulp.

*Autochtone jongere: 'Het CLB heeft al dikwijls contact opgenomen met mij. ...Op mijn school heeft het CLB met mij contact opgenomen omdat mijn leerkrachten zeiden dat ik anorexia had. Dan kwam natuurlijk het CLB contact opzoeken met mij.'*

Uit het onderzoek van Hebberecht e.a. (2004) blijkt echter dat het CLB voor allochtone jongeren niet altijd laagdrempelig is. Hoewel twee respondenten positief waren over de bijstand van deze dienst, bleek de kennis over het CLB bij de meerderheid eerder beperkt. Bovendien hebben de CLB's ook een controlefunctie bij afwezigheden op school. Deze controlefunctie speelt echter in hun nadeel als vertrouwenscentrum omdat deze dubbele rol (van vertrouwenscentrum en controleorgaan bij afwezigheden) verwarring scheidt bij de cliënten.

*Hulpverlener: 'Veel van deze [allochtone] ouders hebben veel wantrouwen tegenover CLB's. Zij associëren het CLB met problemen. Dat heeft voor een groot stuk ook te maken met hun opdracht. Zij moeten bijvoorbeeld ook controleren waarom iemand afwezig is, wanneer iemand een aantal dagen afwezig is zonder briefje of uitleg. Daardoor zitten ze in een controlerol en kunnen ze hun vertrouwensrol niet meer spelen.'*

### 3.2.4 Centra waar een minimum aantal cases moet behandeld worden

Centra die onder de RIZIV conventie vallen - en waarvoor cliënten in aanmerking komen voor gedeeltelijke terugbetaling van de vergoedingen via de ziekteverzekering - moeten bepaalde doelstellingen in termen van het behalen van een minimum aantal sessies per maand behalen.

*Hulpverlener: 'Nu heb je RIZIV en dat bepaalt hoeveel sessies je per maand moet halen en je krijgt daar zoveel RIZIV-personeel voor. Ja, haal je dat niet, dan heb je personeel teveel. Daardoor is er weinig ruimte om dingen anders aan te pakken. Dit centrum is intussen gegroeid tot een semi-professioneel, professioneel bijna, dagcentrum. Dus die jongens vinden dat nogal hoogdrempelig. Je moet een telefonische aanmelding doen, je moet een sociale intake doen, dan moet je bij een andere begeleider uw intake doen. Dat is al een uur zonder dat we echt iets kunnen bieden aan die mensen. Het tweede gesprek is een interview op basis van een vragenlijst. Dat duurt ook één uur. Het derde gesprek moet je daar een feedbackgesprek geven over die vragenlijst. Dat zijn vragen over lichamelijke gezondheid, opleiding en inkomen, drugsgebruik en alcohol, familie en sociale relaties, psychisch-emotionele klachten. Dus dan komt dat derde nog eens terug, feedback. En dan ja ik denk dat er daarop veel afhaken. Die gasten die zeggen: 'alé hoe zit dat hier nu. Ik zen hier al voor den derde keer geweest en ge hebt mij nog niks concreet aangeboden.' Vroegerkon je dat allemaal anders doen en nu kunnen we daar niet buiten precies.*

### 3.2.5 Oneigenlijke plaatsingen

Eerder maakten we melding van het probleem van oneigenlijke plaatsingen. Dikwijls bepalen de plaatsingsmogelijkheden waar een jongere terecht komt en niet zozeer de noden van de betrokkene. Niet zelden klimt men op in de 'hiërarchie' van maatregelen tot men ook daar op een intakestop botst, met als gevolg dat de jongere naar huis wordt gestuurd, ongeacht de leefbaarheid van de thuissituatie. Vooral de gemeenschapsinstellingen vermelden een oneigenlijk gebruik van hun voorzieningen. Zij moeten jongeren opvangen die psychiatrische hulp nodig hebben en zelfs jongeren die niet langer in een jeugdpsychiatrie behouden kunnen blijven. Eerder onderzoek heeft reeds uitgewezen dat gesloten gemeenschapsinstellingen vaak een 'gemakkelijkheidoplossing' zijn, een laatste toevluchtsoord waar jongeren terecht kunnen (of waar consulenten ze naar verwijzen). Vaak wordt een plaatsing niet uitgevoerd wegens plaatsgebrek (o.a. Geets, vanderwaeren en Timmerman, 2001).

*Hulpverlener: 'We hebben hier al jongeren gehad die op straat worden gezet bij een MPI. Het gaat dan om jongeren met 'meerdere problemen'. Dan komen ze weer hier terecht. Wij hebben daarin de laatste verantwoordelijkheid. Jongeren worden zonder pardon op straat gezet en dan moeten wij er een nieuwe oplossing voor zoeken. Gedragmatig moeilijke kinderen worden in de psychiatrie en de MPI's aan de deur gezet.'*

*Hulpverlener: 'Sommige diensten ontlopen hun verantwoordelijkheden door 'probleemjongeren' te weigeren. In de psychiatrie kunnen enkel gemotiveerde jongeren terecht. De jongerenpsychiaters zijn ook ontoereikend...We zitten met een jeugdbeschermingsrecht, maar sommige jongeren komen in Mol terecht terwijl ze daar niet de hulp krijgen die ze nodig hebben.'*

Tot slot bestaat er nog een andere vorm van 'oneigenlijke plaatsingen' die tot frustratie bij de ouders leidt. Door de taalbarrière kan de thuissituatie van de jongere niet altijd op een degelijke wijze verkend worden en dikwijls moeten er snel beslissingen volgen. Daardoor riskeren allochtone jongeren (en kinderen) te snel uit huis geplaatst te worden, waardoor de frustratie binnen het gezin, maar ook in de ruimere omgeving groeit. Ouders zullen uit angst voor een 'uit huis plaatsing' geen melding durven maken van problemen.



*Hulpverlener: 'Soms heeft men de context, de mogelijkheden en de beperktheden van de omgeving van zo'n kind niet voldoende verkend en niet gekeken of daar nu effectief mogelijkheden zijn om het kind terug naar huis te sturen. Dat heeft men zelfs niet gedaan op een gegeven moment, waardoor er heel veel uithuisplaatsingen hebben plaatsgevonden. En waardoor er heel wat frustraties waren bij die gemeenschap zodat er iets leeft van 'als je naar daar [jeugdhulpverlening] gaat, dan wordt je kind gegarandeerd uit huis geplaatst.'*

### 3.3 Hoe spelen hulpverleners in op deze problematiek?

Het is echter niet altijd een negatief verhaal. Zoals reeds vermeld zijn veel ouders wantrouwig tegenover de hulpverlening. Het is daarom niet altijd gemakkelijk hen te overtuigen van het belang van de hulpverlening en hun medewerking te verkrijgen. Maar het is mogelijk. Sommige hulpverleners getuigen hierover.

Niet alle allochtone gemeenschappen zijn hetzelfde. Een aanpak op maat van het individu is natuurlijk niet haalbaar, maar een minimum aan kennis over de migratiestromen naar ons land en de situatie van de doelgroep in de regio van herkomst kan helpen in de begeleiding van de betrokkene. Dit principe wordt in Vlaanderen trouwens erkend in de opleiding van 'Intercultureel bemiddelaar' en de verschillende initiatieven die her en der in de welzijnssector genomen worden rond interculturele bemiddeling (zoals vorming van personeel hieromtrent en het aanstellen van interculturele bemiddelaars).

*Hulpverlener: 'Bij Marokkanen en Turken bijvoorbeeld heeft men vooral de allerlaagst of niet geschoolden naar hier gehaald en bij de nieuwe doelgroepen [Afrikanen, Oost-Europeanen, vluchtelingen] is er meestal een grotere variatie. Daar zijn ook intellectuelen bij. Die slagen er bijvoorbeeld zelf in om organisaties op te richten. En daar vinden we ook gemakkelijk co-bemiddelaars om mee tussen te komen. Problemen die zich stellen bij hogergeschoolde nieuwkomers en kinderen, zijn vaak anders in die zin dat zij school als toegangspoort tot de samenleving zien en hun eigen dromen dikwijls niet kunnen waarmaken, omdat zij geen werk vinden volgens hun diploma en dikwijls de lat voor hun kinderen te hoog leggen, wat tot frustraties bij de kinderen leidt en ook tot conflicten kan leiden. Terwijl de oudere doelgroepen eerder de lat te laag leggen en hun kinderen te weinig kunnen volgen in het schoolse, omdat ze zelf te weinig schoolse ervaringen hebben. Dus dat is al*

*iets opvallends, dat heeft ook meer met klasse en hoge scholing te maken, dan wel met cultuur op zich natuurlijk. Bij "Roma" is er dan weer een heel specifiek probleem, omdat zij, ook in de landen van herkomst vaak het gevoel hadden er niet bij te horen en dus school heel vaak niet ervaren hebben als een toegangspoort tot de samenleving. Zodanig dat je daar een beetje een andere methode moet gebruiken en meestal ook een stevig netwerk, overleg, rond zo'n gezin, om hen vooruit te krijgen.*

*Hulpverlener: 'Om de aanpak van de allochtone gezinnen binnen de hulpverlening toch specifiek te ondersteunen en te verzorgen is er toch minstens een soort herkadering nodig, cultureel bijvoorbeeld. Zoals wij dat [het hulpverleningsproces] een beetje Westers geconcipieerd hebben en zoals wij hier heel goed van mekaar verstaan wat een hulpverlener is, zo ja dat kan toch niet zomaar doorgetrokken worden naar andere culturen.'*

Eerder werd vermeld dat de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen sterk persoonsgericht is. Dit geldt ook voor jongeren. Begeleiders van jongeren zullen dan ook vertrekken vanuit principes als emancipatie en het bevorderen van zelfstandigheid van de jongeren. Zeker jongeren die in een traditioneel gezin zijn opgegroeid en conflicten met hun ouders ervaren rond zelfstandigheid, worden aangemoedigd assertief te zijn tegen de ouders en voor hun mening uit te durven komen. Hoewel dit op zich geen verkeerde principes zijn, werd hierboven aangetoond dat de verschillende communicatiestijlen die door de hulpverleners en allochtone ouders worden gebruikt tot communicatiestoornissen kunnen leiden en de hulpverlening in het gedrang kunnen brengen. Het aanvaarden dat allochtone ouders een ander denkkader en vertrekpunt hanteren, waar de hulpverlener daarom zelf niet mee akkoord gaat, is al een stap in de goede richting (zie onder meer Hermans, 1999). Sommige hulpverleners raden bijvoorbeeld aan om niet onmiddellijk ouders en kinderen samen rond de tafel zetten:

*Hulpverlener: 'Waartegen in de persoonsgerichte hulpverleningssettings vaak gezondigd wordt, is dat die mensen, ook de mensen uit Oost Europa, uit een hiërarchische logica komen. Daarom is het niet goed om al onmiddellijk al de betrokkenen rond de tafel te zetten. Want dat vertrekt vanuit een horizontale logica, we zijn allemaal gelijk. Maar dan weten we dat, ofwel de kinderen dicht klappen en niets meer zeggen uit respect voor de ouders, ofwel wel zeggen wat ze*

*denken, maar dan voelen de ouders zich geraakt in hun autoriteit en in hun eergevoel. Bij zo'n onmiddellijke confrontatie riskeren we achteruit te gaan in plaats van vooruit. Dus wij bouwen dat trager op. De ene apart heel de uitleg, de andere apart. En dan, als we voelen aan die eerste verkennende en kaderende gesprekken, dat het kan, dan zetten we beide partijen samen om tot afspraken te komen en tot het uitklaren van misverstanden. Als dat niet direct kan dan blijven we de "go between" spelen, totdat de tijd daar rijp voor is.'*

Een andere mogelijkheid die door hulpverleners wordt gebruikt, is co-begeleiding.

*Hulpverlener: 'Wanneer er een zwaar problematische situatie is, dan proberen we ook met co-begeleiding te werken. Liefst een man en een vrouw om de verschillende gezinsleden op maat en ook op hun eigen domein te begeleiden binnen hun eigen verwachtingen. De papa kan een totaal andere verwachting stellen dan de mama. Wij stellen dat ook vast in begeleiding. Ze komen daar ook niet altijd eenduidig naar buiten. De vader heeft zijn mening over bepaalde aspecten van de opvoeding, de moeder denkt daar anders over. En dat moeten we allemaal in kaart brengen. Ik denk dat dat hen ook helpt om de toegankelijkheid tot bijzondere jeugdzorg voor die [allochtone] gezinnen toch wel vergroot.'*

Indien het specifiek gaat over psychische problemen en gedragsproblemen, dient men rekening te houden met de verklaringen die de ouders hanteren over het ontstaan van dit soort problemen. We haalden reeds hoger aan dat het geloof in beheksing sterk leeft in een aantal (allochtone) gezinnen. De hulpverlener kan het geloof in beheksing in zekere zin aanvaarden en het gebruik van alternatieve circuits in geval van psychische problemen niet ontraden. Sommige hulpverleners geven aan allochtone ouders te kennen dat hij/zij op de hoogte is van deze mogelijkheid als verklaring voor het psychisch of gedragsprobleem en toestaan dat een imam of een alternatieve geneesheer wordt geconsulteerd, naast de door de hulpverlener aangeraden begeleiding.

*Hulpverlener: 'Wat we ook zeggen is: 'als jullie bang zijn dat er magie mee te maken heeft, kunnen jullie gerust naar een Imam gaan.' Maar ik geef toch ook wel de raad om eens met iemand te praten die hun cultuur goed begrijpt en die hun dochter of zoon kan helpen daarbij. Dus twee sporen volgen, gewoon naast elkaar,*

*maar de nadruk leggen op zaken die geoorloofd zijn. Dus geen mensen consulteren die zich tegelijkertijd ook met zwarte magie bezighouden, omdat dat gevaarlijk kan zijn. Als ze bijvoorbeeld, naar een Imam gaan en dan iets van de Koran voorgelezen krijgen, of een Koranvers in water oplossen en dan moeten ze dat water, opdrinken, of een Koranversje opgerold in een soort amulet, dat kan allemaal geen kwaad. Dus, als mensen dat willen doen, dan zeg ik dat dat goed is, dan zijn ze meer gerust. Maar het is toch wel goed dat ze ook een paar keer gaan praten [met een hulpverlener], zodanig dat je je niet ongerust moet maken dat ze te veel beïnvloed zullen worden door anderen. Heel vaak werkt dat. Dat werkt zelfs opluchtend.'*

De hierboven beschreven mechanismen dragen alle bij tot een verklaring van het laattijdig hulpzoekgedrag bij allochtone jongeren en gezinnen. Hoewel zij dikwijls pas indien de hulp door de rechtbank wordt afgedwongen in het hulpverleningsproces stappen, betekent dit niet dat de hulp te laat komt.

Onze analyses wijzen op een spanning tussen de motivatie van de cliënt als belangrijk aspect van de vrijwillige hulpverlening en het gebrek aan intrinsieke motivatie van allochtone jongeren en/of hun ouders. Wanneer een jongere terecht komt bij de gedwongen hulpverlening bestaat er een maatregel die de betrokkene en zijn/haar gezin de kans geeft om via het CBJ beroep te doen op de vrijwillige begeleiding. Dit wordt de 'maatregel van hoogdringendheid' genoemd (zie hoger). Volgens sommige hulpverleners is dit een extra hulpmiddel om mensen die geen initiatief tot hulp nemen en meer nood aan gestuurde hulpverlening nodig hebben nog een poosje in de vrijwillige dienstverlening te houden en hen te motiveren zelf iets aan hun situatie te doen voor ze in de gedwongen sector terecht komen.

*Hulpverlener: 'Nu, dat [maatregel van hoogdringendheid] is een goede zaak. Waarom? Voor ons, omdat er dan een stok achter de deur is, waardoor wij iets hebben om dit type mens te motiveren naar verandering, omdat het in hun belang is om binnen vrijwilligheid te blijven. Bijvoorbeeld in Roma dossiers, waar je zelden van in het begin inzicht hebt met die stok achter de deur, namelijk hoogdringende maatregel, dikwijls zeer goed kunnen werken op comiténiveau, binnen de vrijwillige hulpverlening.... . Maar juist die allochtonengroep, merken wij uit ervaring, daar lukt het dikwijls wel. Alhoewel dat het er in het begin op lijkt dat er soms niks zal*

*lukken. En dan kunnen we hen juist wel op comité houden.... Want je hebt dertig dagen de tijd om aan dat inzicht te werken, dat het in hun belang is dat het [dossier] daar [bij het CBJ] blijft. En, als ze dat begrepen hebben, zijn ze dikwijls bereid om tot compromissen en afspraken te komen, omdat ze niet willen dat het voor de rechtbank komt. Dat is hun eerste motivatie. En door er samen mee te werken en te zien dat een aantal dingen werken, groeit ook de interne motivatie. Dus, in de plaats van te beginnen met interne motivatie en dan te ondersteunen, is het eigenlijk de omgekeerde weg. Vertrekken van gewenste effecten en ondersteunen daarin tot de mensen ook kunnen inzien dat ze er zelf ook iets mee te maken hebben.'*

Specifiek het 'opleggen'<sup>37</sup> van alternatieve maatregelen aan allochtone jongeren wordt door sommige hulpverleners aangemoedigd. Ook is het belangrijk dat de jongere de band met de school kan blijven behouden.

*Hulpverlener: 'Heel veel van die [Marokkaanse] kinderen zitten in Beernem, in gemeenschapsinstellingen, ze hebben problemen op school, hebben eigenlijk heel lange tijd weinig positieve ervaringen opgedaan. Als de bijzondere jeugdzorg dan in huis komt, en in de eerste plaats kinderen voeling geeft met terug naar school gaan, terug een relatie of een gesprek aangaan met de ouders, dan is dat positief. Herstelbemiddelingen, alternatieve maatregelen bieden een aantal mogelijkheden binnen de bijzondere jeugdzorg om hen hetgeen waarvan zij denken dat ze het fout hebben gedaan dat ook nog te kunnen herstellen en dat kan gewaardeerd worden door de omgeving. Wij merken zelf dat indien alternatieve maatregelen die door de jeugdrechter genomen worden, gedragen worden door de ouders, zij met heel veel succes slagen'.*

*Hulpverlener: 'Een delict kan niet hersteld worden, dat is natuurlijk zo. Je kunt streven naar een zeker herstel of wat wij zeggen: herstel is vooral als het slachtoffer en de dader, als beide partijen, het [delict] zodanig hebben kunnen verwerken, inschrijven in hun levensgeschiedenis, dat ze verder kunnen. Dat is herstel, slachtoffers kunnen dat [delict] nooit vergeten, maar als ze het een stuk*

---

<sup>37</sup> De term 'opleggen' is bij deze maatregel dubbelzinnig gezien bij deze maatregel de medewerking van de jongere wordt vereist.

*een plaats hebben kunnen geven en betekenis hebben kunnen geven dat ze verder kunnen, toch op een kwalitatief redelijke manier verder leven. Dat vind ik een heel belangrijk doel om na te streven.'*

Ook een flexibilisering van de werkvormen zou baat kunnen hebben. Dit houdt in dat men zonder een nieuwe beslissing van de jeugdrechter, zou moeten kunnen overschakelen van residentiële opvang naar ambulante begeleiding. Bijvoorbeeld, een jongere verblijft in residentiële opvang van de BJB, maar zou mits hij/zij ambulante begeleiding kan krijgen terug naar het thuismilieu kunnen gaan. Hiervoor is een beslissing van de jeugdrechter nodig. bij een flexibilisering zou de consultant die de jongere begeleidt, zonder een beslissing van de jeugdrechter te moeten afwachten een doorverwijzing kunnen regelen. Dit heeft als voordeel dat de hulpverlening sneller zal verlopen en meer afgestemd is op de noden van de jongere en zijn/haar thuismilieu. Momenteel moet men voor elke nieuwe beslissing naar de jeugdrechter of het comité, wat een op maat gerichte hulpverlening in de weg staat (De standaard, 08/02/2004).

Ten slotte is het belangrijk om zowel in autochtone als in allochtone gezinnen het contact tussen de jongere en de ouders zoveel mogelijk te behouden. Een aantal maatregelen die het CBJ (in de vrijwillige hulpverlening) kan toepassen en ook door de jeugdrechter opgelegd kunnen worden spelen op deze behoefte in, zoals de thuisbegeleidingsdiensten, toezicht van de sociale dienst en alternatieve maatregelen. In hoofdstuk IV.1 zagen we reeds dat net deze maatregelen (op de alternatieve maatregelen na) minder aan allochtone jongeren worden opgelegd<sup>38</sup>. Vooral in POS situaties zien we een discrepantie tussen de maatregelen die aan autochtone en allochtone jongeren worden opgelegd, bij allochtone jongeren worden duidelijk minder maatregelen genomen die gezinsondersteunend werken. Eerder werd gesuggereerd dat dit te maken zou kunnen hebben met een gebrek aan kennis van de Nederlandse taal vanwege de ouders. Kwalitatief onderzoek over hulpverlening in de gezondheid en de welzijnssector bij allochtone gezinnen komen effectief steeds terug op deze taalbarrière (zie hoger), ook onze interviews met hulpverleners wijzen in die richting. Het is echter aan te raden om zoveel mogelijk gezinsondersteunende maatregelen mee te nemen in het hulpverleningsproces.

---

<sup>38</sup> Het zou interessant zijn om ook de maatregelen voorgesteld door het CBJ te analyseren, helaas vonden we geen gegevens die een opsplitsing naar origine of herkomst maken.

*Hulpverlener: 'Wij hadden ook vastgesteld dat eigenlijk echt wel de maatregelen die bestaan binnen de bijzondere jeugdzorg dat heel veel van die maatregelen, onder andere dagcentra, thuisbegeleidingsdiensten ook belangrijk zijn als hefboom om de kinderen en de ouders te ondersteunen en om toch nog het kind binnenshuis te houden.'*

### 3.4 Belangrijkste vaststellingen

Het is duidelijk dat autochtone en allochtone jongeren een verschillend traject naar en binnen de hulpverlening bewandelen, dit geldt zeker voor de geestelijke gezondheidszorg. Een eerste opmerkelijke observatie van hulpverleners binnen de gedwongen hulpverlening is dat allochtone jongeren dikwijls geen hulpgeschiedenis kennen. De 'gedwongen' begeleiding is veelal de eerste vorm van hulp die ze krijgen<sup>39</sup>. Dit in tegenstelling tot autochtone jongeren binnen de gedwongen hulpverlening, zij hebben dikwijls al een heel traject van hulp afgelegd binnen de vrijwillige sector.

Een aantal verklaringen kunnen hiervoor ingeroepen worden. Sommige verklaringen bevinden zich eerder op het niveau van de specifieke situatie van de allochtone jongeren, andere hebben eerder te maken met de drempels van het hulpverleningsproces in Vlaanderen. In de eerste plaats stelt zich nog steeds een gebrek aan kennis over de bestaande hulpverleningsmogelijkheden, en zeker binnen de geestelijke gezondheidszorg, aan de kant van allochtone ouders. Ook een zekere mate van wantrouwen en schaamte tegenover psychische problemen en gedragsproblemen en het systeem van geestelijke gezondheidszorg zorgen ervoor dat allochtone ouders een remmende invloed hebben op een eventueel hulpzoekgedrag van de jongere en zeker zelf niet het initiatief hiertoe nemen. Ook kunnen er spanningen ontstaan tussen ouders en hulpverleners omwille van verschillende verwachtingen en percepties op de problematiek en de hulpverlening. In een aantal gevallen zullen allochtone gezinnen zich beroepen op alternatieve circuits in de hoop de 'betovering' te doorbreken.

---

<sup>39</sup> Dit betekent niet dat het om een eerste contact met de hulpverlening gaat, dikwijls zijn de jongeren of hun ouders voordien niet ingegaan op vrijwillige begeleiding.

Aan de kant van de hulpverlening spelen andere factoren een rol die drempelverhogend werken bij allochtonen. Zo is er het probleem van de wachtlijsten. Bovendien krijgen 'gemotiveerde' cliënten, of betere gezegd, cliënten die hun motivatie goed kunnen aantonen, voorrang. Ten slotte dient nog het probleem van 'oneigenlijke plaatsingen' vermeld. Hoewel een maatregel gericht moet zijn op de specifieke situatie van de jongere, gebeuren plaatsingen dikwijls op basis van het bestaande aanbod dan op basis van de nood van de cliënt. Allochtone jongeren riskeren bovendien vaker een 'uit huis plaatsing'. Uit angst hiervoor durven allochtone ouders problemen niet altijd signaleren.

De twee niveaus van drempels die we onderscheiden (aan de zijde van de allochtone gezinnen enerzijds en aan de kant van de hulpverlening anderzijds) betekent niet dat de verantwoordelijkheid voor de specifieke drempel aan de genoemde zijde ligt. Het gaat eerder om situaties verbonden aan een van beide zijden, de problematiek bestaat voornamelijk uit een wisselwerking of betere gezegd, een spanning, tussen beide.



## Besluit

De laatste decennia zijn problemen van jongeren steeds meer onder de aandacht gekomen. Daarenboven is de jeugdhulp steeds verder ontwikkeld en is er een stijging van het aantal diensten binnen de geestelijke gezondheidszorg om vroegtijdig psychische problemen en gedragsproblemen te identificeren. Ook de Bijzondere Jeugdbijstand kent een uitbreiding van dienstverlening over de jaren heen. Niettegenstaande dit toenemende aanbod, wijst onderzoek erop dat allochtone jongeren nog steeds moeilijker toegang krijgen tot deze centra in vergelijking met autochtone jongeren, terwijl ze in de meer repressieve en penitentiaire vormen van opvang en behandeling oververtegenwoordigd zijn. Autochtone en allochtone jongeren met psychische problemen en gedragsproblemen leggen verschillende trajecten af naar en binnen de hulpverlening. Indien allochtone jongeren al te maken hebben met jeugdhulpverlening gaat het vooral om gedwongen hulp.

Uit een analyse van gegevens van de jeugdrechtsbank te Antwerpen voor het jaar 2002, blijkt dat allochtone jongens vooral omwille van een 'als misdrijf omschreven feit' voor de jeugdrechter komen, terwijl de meerderheid van de autochtone jongens er omwille van een problematische opvoedingssituatie verschijnen. Het aantal meisjes met een MOF-dossier ligt bij beide doelgroepen laag. Niet alleen is het aantal allochtone jongens met een MOF-dossier hoger dan het aantal autochtone jongens, ook de verhouding tussen POS en MOF-dossiers ligt anders bij beide groepen. Bij allochtone jongens zijn er meer MOF dan POS-dossiers, bij autochtone jongens meer POS dan MOF. Het lijkt erop dat zij eerst een als misdrijf omschreven feit gepleegd moeten hebben vooraleer de hulpverlening wordt ingeschakeld. Beide trends zijn duidelijke indicatoren voor de laattijdige detectie van problemen bij allochtone jongeren. Onderzoek heeft immers aangetoond dat gedrags- en/of psychische problemen aan de basis kunnen liggen van crimineel gedrag. Onze samenleving erkent dit trouwens door het bestaan van nauwe banden tussen de penitentiaire en de geestelijke gezondheidszorg. Een goede opvang van mensen met gedragsproblemen en psychische problemen, leidt naast een hoger welbevinden voor de betrokkene en zijn/haar directe omgeving, tot een verhoogde veiligheid voor de samenleving.

Uit onze gegevens merken we bovendien dat allochtone jongeren die in de gedwongen hulpverlening terechtkomen andere maatregelen krijgen opgelegd dan autochtone jongeren. Bij jongeren met een POS-dossier valt op dat allochtone gezinnen minder vaak gezinsbegeleiding krijgen dan autochtone gezinnen. Onze gegevens tonen ook aan dat allochtone jongeren met een MOF-dossier vaker geplaatst worden in een gemeenschapsinstelling dan autochtone jongeren. Autochtone jongeren daarentegen worden vaker in een OOC of in een open inrichting geplaatst. Ten slotte merken we dat het 'intrekken van een maatregel omwille van vrijwillige hulpverlening' zeer vaak voorkomt bij allochtone jongeren en veel meer dan bij autochtone. Dit wijst erop dat allochtone gezinnen wel bereid zijn tot vrijwillige hulp, maar dat ze moeilijk zelf de stap zetten. Het lage percentage 'intrekking maatregel omwille van vrijwillige hulp' bij autochtone jongeren wijst vermoedelijk op het feit dat deze gezinnen voor de gedwongen hulp al een traject van hulpverlening hebben afgelegd en er geen baat meer in zien.

De cijfers geven de indruk dat allochtone jongeren sterk vertegenwoordigd zijn in de gedwongen hulpverlening. Dit doet vermoeden dat zij vrij laat in het hulpverleningstraject binnenstappen. De gedwongen hulpverlening dient men echter te beschouwen als het einde van de rit. De verschillende instanties die opgericht zijn binnen de vrijwillige hulpverlening, zowel binnen de geestelijke gezondheidszorg als binnen de bijzondere jeugdzorg zouden in een optimale situatie uitgeput moeten zijn vooraleer men terechtkomt in de gedwongen sector. De vraag is echter, is dit zo?

De minimale psychiatrische gegevens die we verzameld hebben in het kader van dit onderzoek, tonen aan dat het aantal allochtone minderjarigen dat opgenomen wordt, zeer laag ligt. Verder zijn er, in zoverre uitspraken geleverd kunnen worden met betrekking tot deze kleine groep, enkele verschillen in socio-demografische kenmerken tussen autochtone en allochtone minderjarige patiënten. Ten eerste ligt de opnameleeftijd bij allochtone jongeren hoger. Opvallend is trouwens het lage aantal opnames van allochtone minderjarigen tussen 10-14 jaar, hoewel zij binnen de MOF-dossiers van de jeugdrechtsbank net een aanzienlijke categorie vormen. De meeste jongeren wonen in het ouderlijk gezin, hoewel het percentage beduidend lager ligt bij allochtone dan bij autochtone patiënten.

In de meeste gevallen is de opname vrijwillig gebeurd. Vooral kind- & adolescentiestoornissen worden vastgesteld. Op de tweede plaats komen eetstoornissen

en op de derde stemmingsstoornissen. Proportioneel worden meer allochtone jongeren opgenomen voor schizofrenie en psychotische stoornissen dan autochtone jongeren. De diagnose 'stoornissen omwille van middelengebruik' komt even vaak voor in beide groepen. Opmerkelijk is het hoge percentage 'diagnose onbekend' bij de allochtone opnames. Het is met andere woorden moeilijker om een diagnose te stellen bij een allochtone patiënt dan bij een autochtone patiënt.

Meer dan de helft van de jongeren komt op eigen initiatief of op aanraden van de familie of de directe omgeving bij een psychiatrische dienst terecht. Bij de meerderheid komt er geen derde laatste doorverwijzer aan te pas. Ander instanties dan de eigen omgeving die een adviserende rol spelen zijn personen of diensten binnen de (geestelijke) gezondheidszorg, zoals artsen, therapeuten en psychiaters.

Het is duidelijk dat autochtone en allochtone jongeren een verschillend traject naar en binnen de hulpverlening bewandelen, dit geldt zeker voor de geestelijke gezondheidszorg. Allochtone jongeren die in de gedwongen hulpverlening terechtkomen kennen dikwijls geen hulpgeschiedenis. En dit in tegenstelling tot autochtone jongeren, zij hebben dikwijls al een heel traject van hulp afgelegd binnen de vrijwillige sector vooraleer ze terechtkomen binnen de gedwongen hulpverlening. Welke mechanismen liggen nu aan de basis van die verschillende trajecten?

Een aantal verklaringen kunnen hiervoor ingeroepen worden. Sommige verklaringen bevinden zich eerder op het niveau van de specifieke situatie van de allochtone jongeren, andere hebben eerder te maken met de drempels van het hulpverleningsproces in Vlaanderen. Het onderscheid dat we tussen de twee niveaus van drempels maken (aan de zijde van de allochtone gezinnen enerzijds en aan de kant van de hulpverlening anderzijds) betekent niet dat de verantwoordelijkheid voor de specifieke drempel aan de genoemde zijde ligt. Het gaat eerder om situaties verbonden aan een van beide zijden, de problematiek bestaat voornamelijk uit een wisselwerking of betere gezegd, een spanning, tussen beide.

Indien we kijken naar de specifieke situatie van allochtone jongeren, hebben zij (en hun familie), naast de in verschillende studies reeds genoemde taal- en cultuurbarrière, vooral te kampen met problemen als gebrek aan kennis over en wantrouwen en schaamte tegenover hulpverlening binnen de geestelijke gezondheidszorg. Ook kunnen er

spanningen ontstaan tussen ouders en hulpverleners omwille van verschillende verwachtingen en percepties op de problematiek en de hulpverlening. Deze factoren maken dat allochtone ouders een remmende invloed uitoefenen op het hulpzoekgedrag van de jongere en zelf zelden het initiatief hiertoe nemen. Het is daarom niet verwonderlijk dat sommige hulpverleners melden dat vooral allochtone jongeren die gebroken hebben met hun familie in de hulpverlening terechtkomen. Sommige allochtone gezinnen maken ook makkelijker gebruik van alternatieve circuits, meer specifiek van traditionele genezers.

De geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen is sterk persoonsgericht, vooral gebaseerd op vrijwilligheid, motivatie is een belangrijke factor voor opname. We zien dan ook aan de zijde van de hulpverlening factoren die drempelverhogend werken bij allochtonen. Zo is er het probleem van de wachtlijsten. Bovendien krijgen 'gemotiveerde' cliënten, of beter gezegd, cliënten die hun motivatie goed kunnen aantonen, voorrang. Ten slotte dient nog het probleem van 'oneigenlijke plaatsingen' vermeld. Hoewel een maatregel gericht moet zijn op de specifieke situatie van de jongere, gebeuren plaatsingen dikwijls op basis van het bestaande aanbod dan op basis van de nood van de cliënt. Allochtone jongeren riskeren bovendien vaker een 'uit huis plaatsing'. Uit angst hiervoor durven allochtone ouders problemen niet altijd signaleren. Het is met andere woorden duidelijk dat de drempels voor hulpverlening nog steeds hoger zijn voor allochtone jongeren dan voor autochtone.

Dit betekent echter niet dat er geen mogelijkheden voor een betere opvang zouden kunnen zijn, vertrouwen winnen van de jongeren en hun familie en ook een meer gestuurde hulpverlening kunnen oplossingen bieden. Een tijdige detectie van de problemen met een aansluitende hulpverlening kan dit risico verkleinen.

## Bibliografie

- Ben Driss, R. (1999). 'Het paradijs ligt in de voetsporen van de moeder' Een psychodynamische reflectie over jeugdige hulpvragers waarvan de ouders gemigreerd zijn. In: P. Meurs & A. Gailly (red.). *Wortelen in andere aarde*. Leuven: Acco, 113-119.
- Benda, B.B., Corwijn, R.F., & Toombs, N.J. (2001). Recidivism among adolescent serious offenders: Prediction of entry into the correctional system for adults, *Criminal Justice and behaviour*, 28: 588-613.
- Carrette, Valérie (2003). *Opvoedingsondersteuning & bijzondere jeugdzorg. Deel II: Peer Research*. CBGS-Werkdocumenten, Brussel: Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie (CBGS).
- Deboutte, Dirk (2003). Kinder- en jeugdpsychiatrie in Vlaanderen. In: *Antenne* (maart, 2003), 49-55.
- De Standaard (08/02/2004). *Hele jeugdbijstand loopt over. Hulpverleners vragen globale aanpak*.
- De Muynck, A. & Peeters, R.F. (1997b). *Ali en Fatima bij de dokter. Vraag en aanbod van gezondheidszorg voor allochtonen in Vlaanderen*. Leuven/Apeldoorn: Garant.
- De Vries-Bouw, Marjan, Hamerlynck, Sannie, Zutt, Frank, 't Hart Lisette & Vermeiren, Robert (2004). Meisjes in justitiële inrichtingen: kenmerken en psychopathologie. In: *Tijdschrift voor Orthopedagogiek, kinderveerpsychiatrie en klinische kinderveerpsychologie*, 29 (1): 6-17.
- Dembo, R., Williams, L., Schmeidler, J. (1993). Gender differences in mental health service needs among youths entering a juvenile detention centre. In: *Journal of Prison & Jail Health*. 12:73-101.
- Foblets, Marie-Claire, Djait, Badra & Pieters Katie (2004). *Mietjes en macho's: allochtone jeugddelinquentie. Getuigenissen van autochtone en allochtone jongeren*. Leuven:Acco.
- Gailly, A. (1988a). Enkele richtlijnen voor psychotherapie met Turken, in: Lecluyse, L. & Baert, H. (eds.), *Bilgi: alis-veris. Hulpverlening en gezondheids promotie met Turkse migranten*. Brussel: Koning Boudewijnstichting.

- Gailly, A. (1988b). *Psychische klachten bij Turken en hun benadering* (Cultuur en Migratie - 1). Brussel: Cultuur en Migratie.
- Gailly, A. (1990). Etnogeneeskunde en psychosomatische klachten bij Turken. In: *Acta Medica Catholica*, 59 (4).
- Gailly, Toon (2001). *Cultural sensitive care providing and counselling of ethnic groups*, paper IACCP Regional Congress 2001, Winchester.
- Geets, Johan, Vanderwaeren, Els & Timmerman, Christiane (2001). *Integrale jeugdzorg voor jongeren uit etnisch-culturele minderheidsgroepen met bijzondere aandacht voor buitenlandse niet-begeleide minderjarigen*. PSW, Antwerpen: OASeS - UFSIA.
- Geets, Johan, Janssens, Astrid & Timmerman Chris (2003). Sociaal wetenschappelijk onderzoek over gezondheid- & welzijnszorg met betrekking tot etnisch-culturele minderheden van 1996 – 2003. In: Gluckers, G. (1999). Van 'verontrustende vreemdheid' naar ontmoeting in verschil. In P. Meurs & A. Gailly (red.). *Wortelen in andere aarde*. Leuven: Acco, 11-14.
- Hayat, Ellokmani (s.d.). Ondersteuningsteam Allochtonen Bijzondere Jeugdbijstand. De Meerwaarde van de methode verkennen en herkaderen: een vanzelfsprekendheid? (eindwerk tot het behalen van de graad van maatschappelijk assistent).
- Hebberecht, Patrick, Duchateau, Kris & Van Poeck Barbara (2004). *Het levensverhaal van jongeren van Turkse en Marokkaanse origine met een instellingsverleden*. UGent: Vakgroep Strafrecht en criminologie.
- Hermans, P. (1991). Aicha Qandicha à Bruxelles: les troubles mentaux et leur traitement chez les immigrés marocains. In: Gaudier, J.-P. & Hermans, P. (red.), *Des Belges Marocains*. Bruxelles: De Boeck Université, 200-265.
- Hoge, R.D., Andrews, D.A., & Leshied, A.W. (1994). Tests of three hypotheses regarding the predictors of delinquency, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22: 547-559.
- Kataoka, S.H., Zima, B.T., Dupre, D.A., Moreno, K.A., Yang, X. & Mc Cracken J.T. (2001). Mental health problems and service use among female juvenile offenders: their relationship to criminal history. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40:549-555.
- Janssens, Astrid (2004). Gezondheid en allochtonen: wie is er vreemd voor wie? In: Timmerman, Christiane, Lodewyckx, Ina, Vanheule, Dirk & Wets, Johan.(eds.). *Wanneer*

- wordt vreemd, vreemd? *De vreemde in beeldvorming, beleid en registratie*. Leuven: Acco. 185-202.
- ICEM (2004). *Vlaams beleid t.a.v. etnisch-culturele minderheden. Jaarrapport 2002-2003*. Brussel: ICEM.
- Kaës, R. (1979). L'étayage groupal du psychisme individuel. In: *Bulletin du Certificat d'Etudes Spéciales du Psychiatrie*, 25, 1-23.
- Knorth, Erik J. & Cerstin S. (2001). Opmerkelijk: intakecriteria van residentiële instellingen, In: *Kind en Adolescent*, 22 (2): 99-102.
- Laenen, A. & Bruckers, L. (2002). *Interculturalisatie van de geestelijke gezondheidszorg en het algemeen welzijnswerk*. Hasselt: PRIC.
- Lenssen, S.A.M., Doreleijers, Th. A. H., Van Dijk, M.E. & Hartman, C.A. (1999). Meisjes in een justitiële opvanginrichting nader bekeken. In: *Delict en Delinquent*, 29 (6): 503-522.
- Lewis, D.O. & S.S., Shanok (1980). The use of a correctional setting for follow up care of psychiatrically disturbed adolescents. In: *American Journal of Psychiatry*, 137: 953-955.
- Lodewyckx, Ina & Timmerman, Christiane (1999). *Sociale uitsluiting in een opsluitingscentrum, een studie naar de noden en behoeften van anderstalige buitenlanders in het Arresthuis van Antwerpen*. Antwerpen: OASeS.
- Lodewyckx, Ina (2004). *Allochtonen: zichtbaar in de actualiteit, maar in welke mate in de statistieken?*, Wachten op Gelijke Kansen. Jaarboek 2, Antwerpen: Garant, 163-182.
- Martens-Sotteau vzw (2004). *Project herstellbemiddeling Gent. Jaarverslag 2003*.
- Meurs, Patrick (1999). Ouderbegeleiding als vitale pijler in de behandeling van kinderen. Illustratie over de opbouw van de therapeutische relatie met een Marokkaans gezin. In P. Meurs & A. Gailly (red.). *Wortelen in andere aarde*. Leuven: Acco, 199-216.
- Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap (1998). *Jaarverslag 1997*. Afdeling Gemeenschapsinstellingen.

Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, departement Onderwijs,  
<http://www.ond.vlaanderen.be/clb/documenten/profiel.pdf> (gelezen op 17/12/2004).

Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, departement Welzijn,  
<http://www.wvc.vlaanderen.be/jeugdhulp> (gelezen op 11/03/2005)

Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, departement Welzijn,  
<http://www.wvc.vlaanderen.be/juriwel/jongeren/ijh.htm> (gelezen op 11/03/2005)

Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, departement Welzijn, Volksgezondheid en Gezin,  
[http://www2.vlaanderen.be/ned/sites/regering/beleidsnotas2004/vervotte/welzijn\\_vo\\_lksgezondheid\\_gezin.pdf](http://www2.vlaanderen.be/ned/sites/regering/beleidsnotas2004/vervotte/welzijn_vo_lksgezondheid_gezin.pdf) (gelezen op 11/03/2004)

MPG-UIA (2002). *MPG website*, (online), <http://uia.ac.be/mpg/nl/informatie1.html>  
(gelezen op 28/10/2003).

Moffit, T.E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy, *Psychology Review*, 100: 674-701.

Nationaal Instituut voor de statistiek (2004) Bevolking per geslacht en per leeftijdsgroep, Vlaams Gewest 1999-2004, [http://www.statbel.fgov.be/figures/d21\\_nl.asp#1](http://www.statbel.fgov.be/figures/d21_nl.asp#1) (gelezen op 17/02/2005).

Nolens, David Wie jong is, heeft tijd, in: *Weliswaar*.

Nuytiens, An, Christiaens, Jenneke & Eliaerts, Christian (2005). Ernstige jeugddelinquenten gestraft? Praktijk van de uithandengeving. Gent: Academia Press.

OASE, (2004). Gedragsstoornissen, <http://users.skynet.be/oase/conduct.html> (gelezen op 4/11/2004).

Oikoten (2005). Jaarverslag 2004.

Phalet, Karen (1999). Culturen verbinden. Groepsgesprekken met Turkse en Marokkaanse migrantenmoeders. In P. Meurs & A. Gailly (red.). *Wortelen in andere aarde*. Leuven: Acco, 31-42.

Preventieteam Bijzondere Jeugdbijstand regio Antwerpen (2004). *Omgevingsanalyse*. Antwerpen: Bijzondere Jeugdbijstand.



- Schaeck, Arnold (2002). Jeugddelinquentie, een verhaal dat niet in Everberg begint, *De facto*, 4 (23): 4-5.
- Timmerman, Christiane & Verrept, Hans (1999). Gezondheid en allochtonen. In: Vranken, J. Geldof, D. & Van Menxel, G., *Armoede en sociale uitsluiting. Jaarboek 1999*. Leuven/Amersfoort: Acco, p 153-165.
- Timmerman, Chris (1999). *Onderwijs maakt het verschil. Socio-culturele praxis en etniciteitsbeleving bij Turkse jonge vrouwen* (Reeks: Minderheden in de samenleving, nr. 7). Leuven: Acco.
- Vanderwaeren, Els & Timmerman, Christiane (2001). *Hulpverleners over hulpverlening aan allochtonen. Inclusieve hulpverlening in de centra algemeen welzijnswerk stad Antwerpen*. Antwerpen: OASeS - UFSIA.
- Verhoeven, H., Antheunis, J., Neudt, D. & Martens, A., (reds.). *Het Vlaams minderhedenbeleid gewikt en gewogen, Evaluatie van het Vlaams minderhedenbeleid (1996-2002)*, Afdeling Arbeid en Organisatie, Dept. Sociologie, KULeuven.
- Ulzen, T.P. & Hamilton, H. (1998). The nature and characteristics of psychiatric comorbidity in incarcerated adolescents. In: *Canadian Journal of Psychiatry*, 43: 57-63.
- Van Camelbeke, Silvie (2003). *De praktijk van herstelgerichte afhandelvormen bij minderjarigen. Een literatuurstudie rond herstelgerichte afhandelingen, evenals een vergelijkende studie van de gerechtelijke arrondissementen wat betreft herstelgerichte afhandelvormen in opdracht van VISIEr*. Antwerpen: VISIEr, <http://www.visier.be/bibliotheek.html> (gelezen op 10/10/2004).
- Van Coppenolle, Dirk & Brans, Marleen (2004). *Vernieuwende Vlaamse beleidsvormingsprocessen & hun uitdagingen: Case Integrale Jeugdhulp*. Leuven: Steunpunt Bestuurlijke Organisatie Vlaanderen.
- Van Welzenis, I., Lemmens, M. (1997). *Gesloten instellingen binnenstebuiten* (deel 3).
- Vermeiren, R., De Clippele A. & Deboutte D. (2000). A descriptive survey of Flemish delinquent adolescents. In: *Journal of Adolescence*, 23: 277-285.
- Vermeiren, Robert, Jones, Stephanie M., Ruchkin, Vladislav, Deboutte, Dirk & Schwab-Stone, Mary (2004). Juvenile arrest: a cross-cultural comparison. In: *Journal of Psychology and Psychiatry*, 45 (3): 567-576.

- Vermeiren, Robert, Ruchkin, Vladislav, Deboutte, Dirk & Schwab-Stone, Mary (2002), Antisocial behaviour and mental health: findings from three communities. In: R. Vermeiren (red.). *Delinquents disordered? Psychopathology and neuropsychological deficits in delinquent adolescents*. Antwerpen: Universiteit Antwerpen.
- Verrept, Hans (1998). Traditionele genezers in de Marokkaanse gemeenschap in Brussel. Brussel: VUB – Meidsch-Sociale Wetenschappen.
- Verrept, Hans (2000). Interculturele bemiddeling in de gezondheidszorg. In: *Cultuur en migratie*, 18 (2): 163.
- VISIËR (2002), *MOF-dossiers jeugdrechtbank Antwerpen: analyse feiten en maatregelen periode 1999-2001* (intern rapport, uitgewerkt door de Databank Sociale Planning).
- Walgrave, Lode (2001). Jeugddelinquentie in de Stad. In: *Tijdschrift voor Welzijnszorg*, 25 (238): 14-24.
- Woodward, Alison & Celis, Karen (2001). Het Vlaams Parlement, Nieuwe Politieke Cultuur en het potentieel voor een valorisering van het maatschappelijk kapitaal van vrouwen in de politieke besluitvorming. Brussel: Centrum voor vrouwenstudies - VUB.

# Bijlagen

## 1. Toelichting bij bepaalde maatregelen<sup>40</sup>

- Pedagogische richtlijn : de officiële berisping door de jeugdrechtbank
- Toezicht sociale dienst van de jeugdrechtbank met voorwaarden: een maatregel van toezicht die dikwijls gepaard gaat met het opleggen van bijkomende voorwaarden vb.: het schrijven van een verontschuldigingbrief aan het slachtoffer, in begeleiding gaan van een medisch- sociale of pedagogische instelling, geregeld schoolbezoek, contactverbod, uitgaansverbod, enz...
- In bijna alle dossiers wordt de sociale dienst van de jeugdrechtbank aangesteld. De sociale dienst organiseert en coördineert de hulpverlening en kan hiervoor beroep doen op de erkende voorzieningen en projecten. Ze wordt niet ingeroepen wanneer het gaat over minderjarigen zonder gekende woon- of verblijfplaats of minderjarigen die een adres hebben buiten het arrondissement of in het buitenland, of minderjarigen die aan een gemeenschapsinstelling worden toevertrouwd met het oog op repatriëring.
- Intensieve gezinsbegeleiding: aanstelling van een thuisbegeleidingsdienst, en van de dienst Crisishulp aan Huis.
- Opvoedkundig project: dit omvat zowel het opleggen van een aantal uren dienstverlening, het volgen van een vorming, de inschakeling van de dienst herstelbemiddeling, de HERGO (herstelgericht groepsoverleg) als de alternatieve projecten o.a. Oikoten, Matrix, enz...
- OOC: plaatsing in een onthaal-oriëntatie of observatiecentrum
- Betrouwbaar persoon : erkend pleeggezin of familie van de minderjarige
- Open inrichting: begeleidingstehuizen en familiale tehuizen van de bijzondere jeugdbijstand en de voorzieningen van het Vlaams Fonds.
- Gemeenschapsinstelling: zowel de open als gesloten afdelingen van de gemeenschapsinstellingen.
- Uithandengeving: wanneer het dossier van de minderjarige wordt overgemaakt aan de correctionele rechtbank voor verdere strafvervolgung.

---

<sup>40</sup> Visier, 2002.

- Repatriëring: de gedwongen en georganiseerde terugkeer van de minderjarige naar zijn land van herkomst.
- Intrekking maatregel: wanneer betrokkene of het gezin van betrokkene akkoord gaat met vrijwillige hulpverlening

## 2. Advies privacy commissie

-18-01-2005

**BETREFT :           Onderzoek naar de opvang en behandeling van autochtone en allochtone jongeren met gedrags- en/of psychische problemen in repressieve en penitentiaire hulpverlening - Analyse van Minimale Psychiatrische Gegevens - Wet van 8 december 1992 (WVP)<sup>1</sup>.**

Geachte mevrouw,

Hierbij verwijs ik naar uw e-mail van 19 november 2004 waarin u om inlichtingen verzoekt aangaande bovenvermeld onderwerp.

Uit de bijkomende informatie die u heeft verstrekt in de e-mails van 2 december en 3 december 2004, blijkt dat de voorgenomen verwerking dient te worden gekwalificeerd als een latere verwerking voor wetenschappelijk onderzoek die plaatsvindt aan de hand van geaggregeerde, anonieme gegevens.

Teneinde het vergelijkend onderzoek naar de opvang en behandeling van autochtone en allochtone jongeren met gedrags en/of psychische problemen te kunnen uitvoeren, wordt beroep gedaan op de informatie waarover de artsen beschikken in het kader van de behandeling van de betrokken personen. Deze informatie omvat persoonsgegevens in de zin van art. 1, § 1 WVP die omwille van hun gevoelig karakter een bijzondere bescherming genieten.

Ingevolge **art. 4, § 1, 2°**, lid 1 WVP dienen persoonsgegevens voor welbepaalde, uitdrukkelijk omschreven en gerechtvaardigde doeleinden te worden verkregen en niet verder te worden verwerkt op een wijze die, rekening houdend met alle relevante factoren, met name met de redelijke verwachtingen van de betrokkene en met de toepasselijke wettelijke en reglementaire bepalingen, onverenigbaar is met die doeleinden.

---

<sup>1</sup> De wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens (*B.S.* 18 maart 1993) werd laatst gewijzigd door de wet van 26 februari 2003 (*B.S.* 26 juni 2003). Zowel de gecoördineerde versie van de WVP, als de tekst van het K.B. van 13 februari 2001 (*B.S.* 13 maart 2001) dat de WVP uitvoert, bevinden zich op onze website: <http://www.privacy.fgov.be.off>.

Aangezien de patiënten op het ogenblik dat hun gegevens door de door hen geraadpleegde arts worden verwerkt geenszins redelijkerwijze konden verwachten dat deze gegevens voor statistische, wetenschappelijke doeleinden zouden worden doorgegeven, is dergelijke doorgifte van gegevens door deze artsen ten behoeve van het Steunpunt Gelijke Kansen Beleid van de Universiteit Antwerpen die het onderzoek uitvoert in opdracht van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, in eerste instantie niet verenigbaar met het doeleinde dat bij de verkrijging van de gegevens werd vastgesteld, nl. het aanleggen door de arts van een dossier van elke patiënt waarin zijn gezondheidsgegevens worden bijgehouden teneinde de gezondheidstoestand te kunnen opvolgen.

Op grond van art. 4, § 1, 2°, lid 2 WVP wordt een verdere verwerking van de gegevens voor historische, statistische of wetenschappelijke doeleinden echter toch als verenigbaar beschouwd, wanneer de voorwaarden vastgesteld door de Koning na advies van de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer worden nageleefd. Deze voorwaarden werden nader uitgewerkt in het koninklijk besluit van 13 februari 2001<sup>2</sup>.

Onder verdere verwerking wordt verstaan ofwel het gebruik van persoonsgegevens waarover men als verantwoordelijke reeds beschikt, maar die men voor andere doeleinden heeft verkregen ofwel het gebruik van persoonsgegevens waarover derden reeds beschikken zij het voor andere doeleinden. Het is duidelijk dat in dit geval de tweede hypothese van toepassing is, aangezien de persoonsgegevens waarover de artsen beschikken, zullen worden aangewend voor statistische, wetenschappelijke doeleinden, hetgeen een ander doeleinde uitmaakt dan het doeleinde waarvoor de artsen deze gegevens verwerken.

Een belangrijk element vormt het feit dat de persoonsgegevens waarover de artsen beschikken, worden verwerkt in tabellen die geaggregeerde informatie weergeven en die niet toelaten om deze informatie in verband te brengen met een geïdentificeerde of identificeerbare natuurlijke persoon. Doordat de informatie die de artsen ter beschikking hebben voorafgaandelijk aan de mededeling aan het Steunpunt wordt verwerkt op geaggregeerde wijze met behulp van tabellen die geen specificaties

---

<sup>2</sup> Koninklijk besluit van 13 februari 2001 ter uitvoering van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens, B.S 13 maart 2001, 7908-7919.

bevatten waaruit rechtstreeks of onrechtstreeks de identiteit van een natuurlijke persoon zou kunnen worden afgeleid, dient te worden gesteld dat er sprake is van een latere verwerking voor statistische, wetenschappelijke doeleinden op basis van anonieme gegevens.

Op die manier wordt gevolg gegeven aan art. 3 van het hierboven vermeld koninklijk besluit van 13 februari 2001 waaruit volgt dat indien mogelijk, de latere verwerking voor statistische, wetenschappelijke doeleinden dient plaats te vinden aan de hand van anonieme gegevens.

De verwerking van anonieme gegevens impliceert dat niet aan de overige voorwaarden van de WVP dient te worden voldaan, aangezien anonieme gegevens in art. 1, 5° van het koninklijk besluit worden omschreven als gegevens die niet met een geïdentificeerd of identificeerbaar persoon in verband kunnen worden gebracht en derhalve geen persoonsgegevens zijn.

Bijgevolg dient uit de omschrijving van de gevolgde werkwijze bij het uit te voeren onderzoek, waarbij gebruik wordt gemaakt van anonieme gegevens, te worden afgeleid dat het door het Steunpunt voorgenomen onderzoek, beantwoordt aan de vereisten inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van de patiënten.

Hoogachtend,

De voorzitter