



Onvoorwaardelijk welkom

Hoe Frankrijk een laagdrempelige en integrale
toegang tot jeugdzorg hanteert en wat
Nederland hiervan kan leren.

HAAGSE BEEK

ORGANISATIEADVIES



Onvoorwaardelijk welkom

Hoe Frankrijk een laagdrempelige en integrale toegang tot jeugdzorg hanteert en wat Nederland hiervan kan leren.

Reflectierapport in opdracht van de Staat van de Uitvoering 2026
28 augustus 2026

Inhoudsopgave

Een plek waar je mag zijn wie je bent	4
Inleiding en leeswijzer	5
Jeugdzorg in Nederland.....	6
Organisatie van de jeugdzorg	6
Knelpunten in de jeugdzorg.....	6
Gedeelde uitgangspunten voor verbetering	8
Jeugdzorg in Frankrijk.....	10
Franse visie op de jeugdzorg	10
Het Franse jeugdzorgstelsel	10
Oorsprong en rol van de Maison des Adolescents.....	11
Van binnenkomst tot hulpverlening	12
Kader: Maison de Solenn	12
Sterktes en knelpunten	14
Huidige ontwikkelingen.....	15
Succescriteria van de Franse Maisons	16
Aanbevelingen	19
Bijlage I: literatuurlijst.....	22
Bijlage II: informatie over het werkbezoek.....	24
Bijlage III: organisatie van het jeugdzorgstelsel.....	25

Een plek waar je mag zijn wie je bent

"Ga gewoon eens langs het Maison," zeiden mijn vrienden. "Het is echt een toffe plek, geen saai kantoor of ziekenhuis ofzo. En je kunt er zo naar binnen lopen, wanneer je maar wilt" Dat is eigenlijk genoeg om me te overtuigen, ook al voel ik nog steeds een knoop in mijn maag als ik voor de deur sta. Ik weet niet zo goed wat ik kan verwachten, maar ik heb gewoon behoefte aan een gesprek over mijn zorgen en vragen.

Ik stap naar binnen en meteen vallen me de tekeningen en schilderijen op die overal aan de muren hangen, gemaakt door andere jongeren. Het voelt niet als een kliniek, maar als een soort creatieve hub. Omdat de muren grotendeels van glas zijn, komt er enorm veel licht binnen, wat de hele ruimte open en rustig maakt. Er zijn fijne, afgeschermd zitjes waar ik me niet meteen bekeken voel.

Ik word opgevangen door een verpleegkundige. Er is geen strak schema of een lijst met vragen, we gaan gewoon in gesprek. Ze luistert echt naar me, zonder dat ik het gevoel heb dat ik ergens in een hokje moet passen. Tijdens ons gesprek vertelt ze dat ik hier vaker kan komen, en dat er mogelijkheden zijn om een tijdje te blijven als het thuis echt niet meer gaat. Ze vertelt over het atelier waar jongeren kunst maken, het muziekcentrum en het dakterras met een moestuin. Het idee dat er zo'n wereld bestaat waar je kunt creëren en kunt zijn, geeft me een fijn gevoel.

Tijdens mijn bezoek merk ik dat de spanning in mijn buik langzaam verdwijnt. Ik heb het gevoel dat ik hier mag zijn wie ik ben. Terwijl ik uiteindelijk naar buiten loop, voel ik me een stuk lichter. Ik voel me gezien en gehoord, en ik weet nu dat er een plek is waar echt naar me geluisterd wordt.

Aïsha, 16 jaar

Inleiding en leeswijzer

De jeugdzorgsector staat in Nederland voor een aanzienlijke opgave. Het aantal jongeren in de jeugdzorg is de laatste decennia substantieel gestegen. De kosten zijn de laatste tien jaar meer dan verdubbeld, de bureaucratie is toegenomen en passende zorg is lang niet altijd beschikbaar. Gezinnen verdwalen in het systeem en professionals lopen vast in regels.¹

In Frankrijk is een laagdrempelige en integrale toegang tot de jeugdzorg opgezet met behulp van 'Maisons des Adolescents', huizen voor jongeren. Zonder een afspraak kunnen jongeren daar naar binnen lopen voor een gesprek met een gespecialiseerd verpleegkundige die contactpersoon blijft en direct een psycholoog, psychiater of kinderarts bij het gesprek kan vragen als dat nodig is. In Parijs kunnen jongeren ook worden opgenomen als het thuis niet meer gaat.

Om te onderzoeken wat Nederland van deze werkwijze kan leren, is een aantal Nederlandse experts uit de jeugdzorg op werkbezoek geweest in Parijs. Dit reflectieverslag omvat de uitkomsten en inzichten van het werkbezoek.

In bijlage II is een overzicht opgenomen van de deskundigen uit Nederland en de gesprekspartners in Frankrijk. Waar nodig is het onderzoek aangevuld met inzichten uit relevante studies.

Beschreven wordt hoe de jeugdzorg in Nederland is georganiseerd en welke knelpunten dit met zich meebrengt. Daarna wordt beschreven wat de werkwijze van de Franse Maison des Adolescents inhoudt. Vervolgens worden de succescriteria van deze werkwijze geïdentificeerd. Ten slotte wordt beschreven wat wij hiervan kunnen leren voor de Nederlandse situatie.

¹ Jeugdautoriteit, november 2025

Jeugdzorg in Nederland

In dit hoofdstuk wordt beschreven hoe de jeugdzorg in Nederland is ingericht. Deze beschrijving richt zich op de voor dit rapport relevante onderdelen en knelpunten van de jeugdzorg.

Eerst wordt beschreven hoe het systeem is georganiseerd, welke vormen van jeugdzorg er zijn en welke instanties verantwoordelijk zijn. Vervolgens worden de belangrijkste knelpunten in de jeugdzorg geïdentificeerd, eerst in het algemeen en daarna vanuit het perspectief van de jongere, de jeugdzorgaanbieder en de overheid. Tot slot wordt gezien hoe vanuit verschillende perspectieven momenteel naar de jeugdzorg wordt gekeken.

Organisatie van de jeugdzorg

Het Nederlandse jeugdzorgstelsel is sinds de invoering van de Jeugdwet in 2015 ingrijpend veranderd. Met deze wet zijn de Nederlandse gemeenten bestuurlijk en financieel verantwoordelijk geworden voor jeugd- en opvoedhulp. De achterliggende gedachte van deze transitie was om de zorg en ondersteuning zo dicht mogelijk bij de leefwereld van het kind te organiseren onder het motto: *één gezin, één plan, één regisseur*.

De Jeugdwet regelt de gemeentelijke taken en bevoegdheden. Gemeenten financieren de jeugdzorg uit het gemeentefonds. Zij ontvangen hiervoor budget van de Rijksoverheid. Gemeenten bepalen zelf hoe zij dit budget inzetten en welke aanbieders zij contracteren. Zij kunnen ook eigen middelen inzetten om zorg te bieden die aansluit op lokale behoeften. Ook zijn gemeenten verantwoordelijk voor jeugdpreventie en laagdrempelige toegang tot ondersteuning. Daarnaast coördineren gemeenten de samenwerking met de betrokken partijen, zoals scholen, huisartsen, de politie en gecertificeerde jeugdzorginstellingen. De Rijksoverheid is verantwoordelijk voor het stelsel, de wetgeving en het toezicht op de jeugdzorg. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd houdt namens de Rijksoverheid toezicht op de kwaliteit van de jeugdzorg.

Het stelsel is opgebouwd uit drie samenhangende pijlers die gezamenlijk het domein van de jeugdzorg vormen: jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering. Een beschrijving van deze pijlers is opgenomen in bijlage III. Het volledige jeugdzorgstelsel is onder meer beschreven op de themapagina over de Jeugdwet van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) en is geëvalueerd in het rapport *Jeugdhulp in de wijk* van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).²

Knelpunten in de jeugdzorg

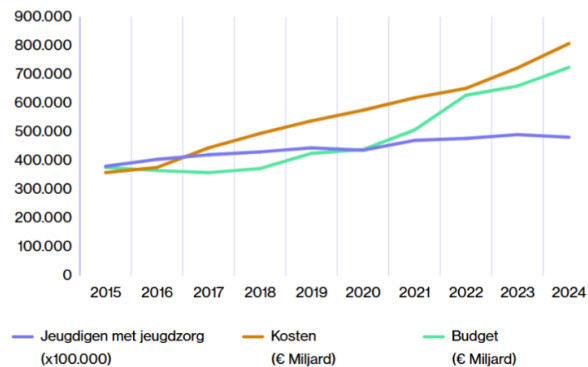
In 2025 maakten ruim 477.000 jeugdigen en hun gezinnen gebruik van één of meer vormen van jeugdzorg.³ Dat is één op de zeven jeugdigen. In 2015 was dat nog één op de twaalf jeugdigen, en in 2000 één op de 27 jeugdigen. Het aantal jeugdigen in de jeugdzorg stijgt, terwijl het totaal aantal jeugdigen in Nederland al decennialang daalt. Wel is het zo dat de toename van het aantal jeugdigen in de jeugdzorg de laatste jaren afvlakt. Er is vooral een toename in gebruik van jeugdzorg te

² Nederlands Jeugdinstituut, z.d.; Schellingerhout et al., 2020

³ CBS, 2026

zien bij lichte problemen, bijvoorbeeld stress of een terneergeslagen gevoel.⁴ De kosten van de jeugdzorg zijn sinds de decentralisatie in 2015 ruim verdubbeld, van 3,6 miljard naar 8,1 miljard per jaar.⁵

In Nederland wordt in een keten van instanties gewerkt, waarbij jongeren van de ene instantie of jeugdzorgaanbieder worden doorverwezen naar de andere (waarbij elke instantie een eigen wachtlijst heeft), of waarbij jongeren en gezinnen tegelijkertijd met meerdere instanties tegelijk te maken hebben. Denk aan een lokaal wijkteam, de gemeente, een jeugdzorginstelling, Veilig Thuis, de Raad voor de Kinderbescherming. Hulpverleners van deze organisaties weten niet altijd wie betrokken zijn bij een gezin. Zo kan een jongere te maken hebben met een lokaal wijkteam dat gezinshulp biedt en met Veilig Thuis in geval van een melding van een onveilige thuissituatie, zonder dat het lokale wijkteam van deze melding afweet. Partijen worden bovendien gestimuleerd om situaties te melden bij Veilig Thuis, zodat Veilig Thuis de verantwoordelijkheid voor de melding overneemt. Bekend is dat ondersteuning die dicht aansluit op het gezin met één hulpverleningsorganisatie beter werkt. De huidige gefragmentariseerde werkwijze is dan ook voor zowel jongeren, gezinnen als hulpverleners lastig. Een aantal wijkteams heeft zich overigens ontwikkeld in het verlenen van integrale hulp bij complexe vraagstukken.



Figuur 1 – aantal jeugdigen met jeugdzorg, budget en kosten van de jeugdzorg. Bron: Jeugdautoriteit (november 2025).

Knelpunten voor jongeren en gezinnen

Jongeren en gezinnen kampen met lange wachttijden, die bij complexe en meervoudige problematiek kunnen oplopen tot anderhalf jaar.⁶ Er is een tekort aan passende hulp, voornamelijk voor jongeren met meervoudige en/of complexe problematiek, die tegen uitsluitingscriteria van aanbieders aanlopen.⁷ Uit onderzoek blijkt dat uit huis geplaatste kinderen gemiddeld zes keer worden doorgeplaatst, soms vaker dan tien keer, en in die tijd gemiddeld 65 hulpverleners zien.⁸ Door de versnippering van het stelsel is er sprake van een hoge wisseling van hulpverleners, wat de continuïteit van zorg en de vertrouwensrelatie tussen de jongeren en diens zorgverleners schaadt.⁹

Het jeugdzorgstelsel is primair geënt op het individu en niet op het gezin en de familie. Dat blijkt uit het feit dat voor iedere voorziening een individuele indicatie nodig is. Zodoende worden oplossingen vooral bij behandeling van de jongere zelf gezocht, terwijl inzet van het gezin en de familie eveneens nodig is om tot duurzame oplossingen te komen.¹⁰ Daarnaast zorgt de verkokering van wetten en financieringsstromen voor een gefragmenteerde benadering van problemen die multidimensionaal van aard zijn. Voor een gezin betekent deze verkokering dat zij moeilijk passende hulp

⁴ Jeugdautoriteit, november 2025

⁵ Jeugdautoriteit, november 2025

⁶ Stichting Het Vergeten Kind, 2021

⁷ Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, april 2024; Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, oktober 2024

⁸ Stichting Het Vergeten Kind, 2024

⁹ SCP, 2025; Jeugdautoriteit, november 2025

¹⁰ Instituut Publieke Waarden, z.d.

kunnen vinden, vooral bij complexe en meervoudige problematiek. Ook hebben zij in veel gevallen te maken met meerdere instanties en hulpverleners tegelijkertijd. Denk aan ondersteuning uit de Wmo voor hulp bij het dagelijks leven, ondersteuning vanuit verslavingszorg bij een verslaving en jeugdhulp voor ondersteuning bij het opvoeden van kinderen.¹¹

Tot slot vormt de harde leeftijdsgrens van 18 jaar in de Jeugdwet een knelpunt voor de continuïteit van de zorg voor jongeren. Weliswaar kan de jeugdhulp in sommige gevallen worden verlengd tot 23 jaar, in de meeste gevallen krijgen jongeren vanaf hun 18^e nieuwe zorgverleners. In sommige gevallen, voornamelijk de complexe, lukt het niet om nieuwe zorgverleners te vinden vanwege een tekort aan passende plekken.¹²

Knelpunten voor jeugdzorgaanbieders

Voor jeugdzorgaanbieders is financiële onzekerheid een knelpunt; circa twintig procent van de aanbieders is verlieslijdend.¹³ Het SCP stelt dat marktmechanismen een focus op lichte zorgvormen stimuleren, waardoor de specialistische zorg onder druk komt te staan. Vooral grote jeugdzorgorganisaties die veel complexe en specialistische zorg bieden hebben het daarom financieel zwaar.¹⁴ Er is sprake van aanzienlijke personeelstekorten: in 2025 was er een personeelstekort van 2.700 medewerkers, terwijl de verwachting is dat het personeelstekort in 2034 zal zijn opgelopen tot 4.500 medewerkers.¹⁵ De werkdruk wordt door 43% van de medewerkers als (veel) te hoog ervaren, wat onder andere tot extra uitstroom van professionals leidt.¹⁶ Daarnaast leidt de variatie in gemeentelijke inkoopmodellen en gemeentelijke regels tot administratieve lasten voor jeugdzorgaanbieders.¹⁷ Tevens neemt de gemiddelde duur van jeugdzorgtrajecten toe, vooral omdat de uitstroom van cliënten afneemt.¹⁸

Knelpunten voor de overheid

Gemeenten zijn sinds de decentralisatie in 2015 verantwoordelijk voor de financiering van de jeugdzorg. De kosten zijn tussen 2015 en 2025 gestegen van 3,6 naar 8,1 miljard euro, wat tot forse financiële problemen voor gemeenten leidt.¹⁹ De Rijksoverheid probeert via de Hervormingsagenda Jeugd 2023-2028 de uitdagingen in de jeugdzorg op te lossen.²⁰ Echter is slechts 11% van de betrokken wethouders tevreden over de voortgang van de Hervormingsagenda.²¹

Gedeelde uitgangspunten voor verbetering

In januari 2026 trad de *Wet verbetering beschikbaarheid jeugdzorg* in werking. Die verplicht gemeenten om in 41 jeugdregio's specialistische jeugdhulp, kinderbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering in te kopen. Ook komt er meer toezicht op jeugdzorgorganisaties door het verplicht

¹¹ SCP, 2025

¹² Andersson Elffers Felix, 2024

¹³ Jeugdautoriteit, december 2025

¹⁴ SCP, 2025

¹⁵ AZW-programma, 2026

¹⁶ AZW-programma, 2026

¹⁷ Directoraat-Generaal Langdurige Zorg, 2026

¹⁸ Jeugdautoriteit, november 2025

¹⁹ Jeugdautoriteit, november 2025

²⁰ Directoraat-Generaal Langdurige Zorg, 2026

²¹ Jeugdautoriteit, november 2025

stellen van interne toezichthouders.²² De vraag is evenwel of meer geld, meer professionals en meer toezicht de problemen gaan oplossen, en of deze voorgestelde oplossingen niet onder de noemer 'boemerangbeleid' vallen: een langdurig hervormingsbeleid waarin de voornaamste doelen herhaaldelijk niet bereikt worden, terwijl dit beleid bovendien een averechtse werking heeft. Het inzetten van extra geld, professionals en toezicht wordt immers al decennialang geprobeerd, terwijl de problemen in de jeugdzorg eerder toenemen dan afnemen.²³

Er is ook sprake van een verschuiving in de oplossingsrichtingen die de laatste jaren worden voorgesteld in verschillende rapporten, onder andere in het *Toekomstscenario Kind- en Gezinsbescherming* uit 2021, de *Hervormingsagenda Jeugd 2023-2028*, het *Gezond en Actief Leven Akkoord* (GALA) uit 2023 en het Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord (AZWA) uit 2025.²⁴ Al deze programma's hebben dezelfde kerngedachte: mensen moeten sneller, eenvoudiger en dichter bij huis passende ondersteuning krijgen, zonder dat zij verdwalen tussen organisaties, wetten of loketten. Overal wordt de wens uitgesproken om te sturen op preventie, op vroegsignalering, op versterking van het gewone leven en van het sociale netwerk, op samenwerking tussen professionals en op één samenhangende aanpak rondom de inwoner. Niet de grenzen van organisaties of financieringsstromen, maar de vraag en het perspectief van de inwoner moeten leidend zijn, met als doel eerder passende hulp te bieden, zwaardere zorg waar mogelijk te voorkomen en mensen meer regie over hun eigen leven te geven. Effectieve hulp is gericht op de leefwereld van de jongere, niet enkel op de indicatie.

Ten behoeve van deze kerngedachte vragen bovenstaande programma's om de ontwikkeling van mentale gezondheidsnetwerken. Het gaat daarbij om structurele samenwerking over de grenzen van zorg, welzijn, onderwijs, veiligheid en gemeenten heen. Partijen nemen gezamenlijk verantwoordelijkheid voor de uitkomsten, delen waar mogelijk expertise en informatie en organiseren ondersteuning als één samenhangend geheel.

In Nederland delen partijen in de jeugdzorg een breed beeld van de uitdagingen en de waarden die als basis moeten dienen voor verbeteringen en de belangrijkste oplossingsrichtingen. Tegelijkertijd laten de lessen uit eerder 'boemerangbeleid' zien dat er meer nodig is voor duurzame verbeteringen.²⁵ Het gaat daarbij voornamelijk om een fundamentele herbezinning op de verhouding tussen systeemwereld en leefwereld, het opnieuw centraal stellen van de behoeften van jongeren en gezinnen, en het geven van ruimte aan de professionele autonomie van hulpverleners.

²² Directoraat-Generaal Langdurige Zorg, 2026

²³ Rodriguez Rivas-Stellaard, 2023

²⁴ Programma Toekomstscenario kind- en gezinsbescherming, 2021; Vijfhoek Hervormingsagenda Jeugd, 2023; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2023; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2025

²⁵ Rodriguez Rivas-Stellaard, 2023

Jeugdzorg in Frankrijk

In dit onderdeel wordt eerst beschreven hoe de Franse overheid de mentale gezondheid wil verbeteren en welke visie daarachter zit. Vervolgens wordt kort verkend hoe het Franse jeugdzorgsysteem is ingericht en welke plaats de Maisons des Adolescents in dit systeem hebben. Tot slot wordt ingezoomd op de werkwijze en bijzonderheden van de Maisons des Adolescents in het algemeen en Maison de Solenn in het bijzonder.

Franse visie op de jeugdzorg

Wereldwijd heeft naar schatting één op de zeven jongeren van 10 tot 19 jaar te maken met psychische problematiek. Bovendien is suicide de op twee na grootste doodsoorzaak onder jongeren²⁶. In Frankrijk heeft één op de negen jongeren te maken met psychische problematiek²⁷. De Franse regering heeft, onder andere vanwege deze cijfers, het versterken van de mentale gezondheid in 2025 en 2026 uitgeroepen tot “Grande Cause Nationale” (nationale topprioriteit). De Franse regering heeft hierbij vier doelstellingen geformuleerd:

1. Destigmatisering van psychische en mentale aandoeningen;
2. Het ontwikkelen en versterken van preventie en vroegtijdige identificatie, o.a. door middel van bewustwording in heel de samenleving;
3. Verbetering van de toegang tot geestelijke gezondheidszorg;
4. Het ondersteunen van mensen in alle dimensies van hun dagelijks leven (werk, huisvesting, vrije tijd, sport).

Het Franse jeugdzorgstelsel

Het Franse jeugdzorgstelsel is georganiseerd op het niveau van de departementen, een bestuurslaag die vergelijkbaar is met de Nederlandse provincies, waarvan er in Frankrijk 101 zijn. De departementale overheid is primair verantwoordelijk voor de bescherming van minderjarigen en voor de jeugdzorg. Er zijn in Frankrijk feitelijk twee sporen, die elkaar overigens wel overlappen: een juridisch/beschermend spoor en een medisch/psychologisch spoor. Hieronder worden beide sporen toegelicht.

Juridische/beschermende spoor

Het juridische/beschermende spoor is gericht op de veiligheid van het kind. In dit spoor is de Aide Sociale à l'Enfance (ASE) de belangrijkste organisatie. Deze instantie, op departementaal niveau georganiseerd, organiseert preventie, hulp aan gezinnen, begeleiding van jongeren, jeugdbescherming en pleegzorg. In uitzonderlijke gevallen kan de ASE de voogdij over een kind krijgen. De ASE's bieden zowel *administratieve bescherming* wanneer ouders/verzorgers instemmen met hulp als *gerechtelijke bescherming*, wanneer de jeugdrechter op basis van een melding gedwongen hulp initieert. De ASE heeft een breed takenpakket, zodat er sprake is van één organisatie die niet alleen initiële hulp biedt, maar indien nodig ook een melding doet bij de meldingsinstantie en hulp organiseert na een beslissing van de rechter. Zodoende wordt de jongere en het gezin met zo min mogelijk overheidsinstanties geconfronteerd.

²⁶ World Health Organization, 2025

²⁷ Le Monde, 2025

Medisch/psychologische spoor

Het medisch/psychologische spoor is gericht op medische, psychiatrische en psychologische hulp bij mentale problematiek. Dit spoor was behoorlijk versnipperd, met ziekenhuizen, publieke psychologische en psychiatrische instellingen (CMP en CMPP), vrijgevestigde psychologen en psychiaters en andere eerstelijnsvoorzieningen. Om die reden, en omdat jongeren in een gat vielen tussen mentale zorg voor kinderen en voor volwassenen, zijn in de periode 1999-2004 de Maisons des Adolescents (MDA's) opgericht. Deze Maisons fungeren momenteel als herkenbare en laagdrempelige plekken waar jongeren of ouders/verzorgers terecht kunnen zonder stigma of bureaucratische drempels.

Oorsprong en rol van de Maison des Adolescents

"When they're in the system, they're safe"

In de jaren '90 concludeerde de Franse overheid dat er voor jongeren met mentale problematiek eigenlijk geen goede faciliteiten waren. Het beschermingsapparaat ten behoeve van de veiligheid van jongeren was goed ingericht met de ASE als centrale organisatie, maar er was geen centrale en laagdrempelige organisatie voor medische, psychiatrische en psychologische hulp bij mentale problematiek. Bovendien vielen jongeren in een gat: ze waren te oud voor mentale zorg voor kinderen en te jong voor volwassenzorg. Als gevolg hiervan maakten jongeren lange zoektochten door het medische systeem voordat ze passende hulp konden vinden, terwijl hun mentale gezondheid verslechterde. Om dit probleem het hoofd te bieden besloot de Franse overheid tot het opzetten van een nieuwe zorginstantie, namelijk de *Maisons des Adolescents* (MDA's). In deze Maisons ontvangen jongeren laagdrempelige jeugdzorg van psychologen, psychiaters en kinderartsen, specifiek gericht op de behoeften van hun leeftijdsgroep. In 1999 opende het eerste MDA in Le Havre. In 2004 werd een vijfjarenplan opgezet met als doel een MDA in elk departement op te richten.

Deze inzet heeft ertoe geleid dat in 2025 in totaal zo'n 125 MDA's zijn ingericht. De Franse overheid werkt toe naar een verdubbeling van dit aantal, met als doel om in 2030 zo'n 250 MDA's te hebben. Hoewel iedere MDA zo is ingericht dat men zoveel mogelijk hulp in de MDA's zelf kan bieden, hebben veel MDA's ook een bepaalde specialisatie. Zo is het MDA in Brest gespecialiseerd in criminaliteitspreventie. Het MDA in Toulon is gespecialiseerd in het behandelen van jongeren die in hun netwerk of op school te maken kregen met (seksueel) geweld. Het Maison de Solenn in Parijs is gespecialiseerd in eetstoornissen en transculturele jeugdzorg.

De MDA's zijn specifiek gericht op jongeren van 11 tot 21 jaar (en soms tot 25 jaar), adolescenten. In Frankrijk worden deze jongeren gezien als een specifieke groep met eigen problematiek en uitdagingen. Het verlenen van mentale zorg aan jongeren wordt dan ook gezien als een ander vak dan mentale zorg aan jonge kinderen of volwassenen. Professionals worden specifiek getraind voor zorg aan deze groep jongeren, artsen kunnen zich specialiseren op jongeren als doelgroep.

In het systeem van de MDA's hoeven jongeren voor de eerste drie gesprekken niets te betalen. Deze gesprekken worden bekostigd door het Ministerie van Volksgezondheid, waarbij de hoogte van die bekostiging wordt vastgesteld op basis van het aantal gesprekken dat wordt gevoerd met jongeren. MDA's worden door verschillende instanties gefinancierd. Bij elke MDA verschilt de financieringsmix, maar in de meeste gevallen vindt financiering plaats via de nationale ziektekostenverzekering, via gerichte subsidies van de nationale overheid, via de lokale departementen en/of via

gemeenten. Ook ontvangen ze giften van bedrijven en particulieren. Het gevolg van deze gefragmenteerde financiering is dat de totale bijdrage per jaar kan verschillen en dat financiële bijdragen niet altijd meerjarig gegarandeerd zijn. MDA's zijn daarom soms financieel kwetsbaar.

Van binnenkomst tot hulpverlening

De kern van de werkwijze van elk MDA is dat iedere jongere met vragen, mentale problemen of zorgen binnen kan lopen zonder afspraak. Zo'n afspraak wordt 'het welkomstgesprek' genoemd. Denk daarbij aan situaties met mentale problemen, eetproblemen of problemen thuis. In de praktijk blijkt dat veel jongeren ook door hun vrienden worden aangespoord. Ook komen er veel jongeren binnen via hun school, omdat docenten en begeleiders van scholen in de regio van een MDA jongeren aansporen om bij vragen of problemen naar een MDA te gaan. Jongeren krijgen vervolgens zo lang als nodig hulp, advies en zorg, ofwel door het MDA zelf, ofwel elders met hulp van het MDA. Jaarlijks komen er zo'n 125.000 jongeren naar MDA's om geholpen te worden.

Tijdens het traject staat de jongere en diens context en omgeving centraal, niet de mentale ziekte of stoornis. Je gaat niet naar de psycholoog of naar de arts, maar je gaat naar een huis voor jongeren om aan jezelf te werken. Dat komt tot uitdrukking in het feit dat jongeren zelf mogen weten welke volwassene ze eventueel willen meenemen naar een afspraak (bijvoorbeeld een leraar). Gesprekken worden centraal bekostigd, waardoor de jongere niet hoeft te betalen of anderszins iets hoeft te regelen.

Wat daarnaast opvalt is de multidisciplinariteit: verschillende disciplines zijn in één Maison samengebracht (psychologen, psychiaters, kinderartsen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers) zodat jongeren direct kunnen worden doorverwezen naar de zorgverleners die zij nodig hebben. Als specialistische zorg noodzakelijk is, wordt doorverwezen naar een andere MDA of naar de ASE (als er sprake is van onveilige situaties). Bij doorverwijzing van een jongere geldt dat de verantwoordelijke zorgverlener van het Maison op basis van deskundigheid zelf een beslissing tot doorverwijzing kan nemen, uiteraard op basis van de bestaande regels en protocollen. Wanneer een jongere wordt doorverwezen, gaat de eerste contactpersoon indien gewenst mee naar de vervolgspraak. Op die manier is er een warme overdracht tussen de professionals. Als er sprake is van een wachtlijst, blijft de doorverwijzende instantie contact houden met de jongere gedurende de wachttijd.

Bij doorverwijzing beslist de arts op basis van diens professionele beoordeling, een protocol dat onderdeel uitmaakt van de opleiding en een beslissing die veelal met ruggenspraak met collega's tot stand komt. Soms wordt op basis van deskundigheid van bepaalde regels en protocollen afgeweken, bijvoorbeeld wanneer de hulpverlener vertrouwelijkheid heeft afgesproken met de jongere, maar er sprake is van ernstige onveiligheid thuis, waarbij hulpverleners moeten afwegen of men de vertrouwelijkheid mag doorbreken ten behoeve van de veiligheid van de jongere. In die gevallen overlegt de hulpverlener met collega's over het te nemen besluit.

Kader: Maison de Solenn

“Je voelt je hier gehoord en gezien”

De grootste MDA qua budget en patiëntenaantal is *Maison de Solenn*. Maison de Solenn is één van de twee Parijse MDA's. Maison de Solenn is opgericht in 2004. Het Maison is vernoemd naar Solenn Poivre d'Arvor, een meisje dat aan anorexia en boulimia leed en in 1995 op 19-jarige leeftijd een einde aan haar leven maakte. Haar ouders pleitten voor de oprichting van een gespecialiseerde en multidisciplinaire plek waar jongeren met psychische, lichamelijke en sociale problemen terecht konden voordat hun situatie escaleerde. Een belangrijk pleitbezorger was Bernadette Chirac, echtgenote van toenmalig president Jacques Chirac. Zij was voorzitter van de Fondation Hôpitaux de Paris-Hôpitaux en gebruikte die positie om politieke en (structurele) financiële steun mogelijk te maken. Bernadette Chirac had een sterke persoonlijke motivatie, haar dochter kampte ook met eetstoornissen. In 2004 is het Maison geopend en 'Maison de Solenn' genoemd, als eerbetoon aan Solenn Poivre d'Arvor.

Het Maison bevindt zich op de campus van een ziekenhuis, maar heeft een apart gebouw en een aparte ingang, zodat het niet lijkt alsof je het ziekenhuis bezoekt. Bezoekers worden ontvangen in een ruime hal met veel glas en door kunst afgeschermd zitjes. Er is veel licht in het gebouw doordat de buitenmuren van glas zijn, er zijn veel open ruimtes en er hangt (door jongeren gemaakte) kunst aan de muren. Diverse ruimtes zijn bedoeld voor therapieën: een therapeutische keuken, een mediatheek, een muziekcentrum, een atelier waar jongeren kunst maken, een fitnessruimte en een dakterras met moestuin. Deze ruimtes zijn bedoeld en worden gebruikt voor de behandeling van jongeren, maar ook om jongeren zich thuis te laten voelen in het Maison.

In Maison de Solenn zijn de eerste drie afspraken voor jongeren gratis. Bovendien zijn de gesprekken vertrouwelijk, je ouders/verzorgers worden niet geïnformeerd als je dat niet wilt. Tijdens de eerste drie afspraken, welkomstgesprekken genoemd, kunnen jongeren in gesprek met een verpleegkundige. De verpleegkundigen zijn getraind in het voeren van zulke gesprekken en het verkennen wat jongeren precies nodig hebben. Het Maison is van 8.00 tot 20.00 uur geopend voor zulke welkomstgesprekken, zodat jongeren die overdag werken of naar school moeten gemakkelijk 's avonds terecht kunnen. Ongeveer de helft van de jongeren is met enkele gesprekken al voldoende geholpen.

Na deze drie gesprekken doet het Maison een behandelvoorstel. In dat geval worden jongeren doorverwezen naar experts die hen verder kunnen helpen. Dit doorverwijzen vindt op een laagdrempelige manier plaats: de verpleegkundige die de welkomstgesprekken heeft gevoerd, loopt samen met de jongere naar een kinderarts, psycholoog of psychiater een verdieping hoger, waarna de verpleegkundige en de jongere het verhaal vertellen en de zorgverlener de jongere vervolgens verder helpt. Dit doorverwijzen kan binnen het Maison naar kinderartsen, psychologen en psychiaters. Ook wanneer expertise nodig is op de specialisatie van het Maison, in het geval van Maison de Solenn eetstoornissen en transculturele jeugdzorg. Wanneer verdere behandeling binnen het Maison niet mogelijk is, wordt de jongere doorverwezen naar een ander Maison of een andere jeugdzorginstantie. Deze vervolgbehandelingen worden vanuit de ziektekostenverzekering betaald.

Wanneer een jongere wordt doorverwezen naar meer specialistische zorg buiten het Maison, gaat de eerste contactpersoon, een verpleegkundige, altijd mee naar de vervolgspraak en vertelt het verhaal aan de expert. Op die manier hoeft de jongere niet iedere keer diens verhaal aan een wildvreemde te vertellen, en is er bovendien een warme overdracht tussen de professionals. Als er sprake is van een wachtlijst, wordt de jongere niet aan diens lot overgelaten: de doorverwijzende instantie blijft contact houden met de jongere tijdens gemiddeld twee gesprekken per week. Zo probeert men eenzaamheid, een onbegrepen gevoel en verergering van problemen te voorkomen.

Momenteel heeft Maison de Solenn 5.000 nieuwe patiënten per jaar, 125 medewerkers in dienst, een netwerk van 1.000 professionals en 20 onderzoekers die via de Universiteit van Parijs onderzoek doen naar het mentaal welbevinden van jongeren. Het Maison de Solenn wordt gefinancierd door het ministerie en de universiteit voor tien miljoen euro per jaar, en ontvangt daarnaast variabele budgetten vanuit diverse fondsen voor de financiering van projecten.

Sterktes en knelpunten

Tijdens de onderzoekreis naar Parijs hebben de deelnemers twee Parijse Maison des Adolescents bezocht en daar gesprekken gevoerd. Ook hebben de deelnemers aan de onderzoekreis gesproken met een medisch professor en decaan. Verder is documentatie over de werkwijze van de Maisons des Adolescents bestudeerd. Op basis hiervan identificeren we de volgende bevindingen over de sterktes en knelpunten van de Maisons des Adolescents.

In de context van de jongere

MDA's fungeren altijd en bij uitstek binnen een netwerk. Schoolverpleegkundigen weten van het bestaan en verwijzen jongeren door naar een MDA. Dat geldt ook voor (kinder)artsen. Ook ouders/verzorgers in kwetsbare situaties kunnen advies en ondersteuning krijgen. Zo kunnen ouders/verzorgers ook zelf naar een Maison komen als hun kind (nog) geen hulp wil zoeken. Vanaf de start van het hulptraject wordt het gezin en de verdere omgeving van het gezin betrokken. Ieder Maison biedt gezins- en familietherapie aan voor problemen die sterk verweven zijn met de gezins- of familiecontext. In de MDA's kiezen hulpverleners namelijk bewust voor systemisch werken met het gezin, de school, de huisarts *et cetera*. De eerste gesprekken zijn weliswaar desgewenst anoniem, maar bij het aanpakken van de problematiek wordt ook het leefsysteem van de jongere meegenomen. Problemen ontstaan in de meeste gevallen immers binnen de context van het gezin, en het oplossen van problemen zonder hier aandacht voor te hebben is als dweilen met de kraan open.

Medisch domein geïntegreerd

In het Franse systeem zit een sterke koppeling tussen lichamelijke en psychische zorg. Dat is ook te zien bij de MDA's. 26% van de MDA's heeft een kinderarts op locatie. De MDA's werken verder met gezondheidscentra voor jongeren. Veel lichamelijke klachten zijn verweven met mentale gezondheid en kunnen enkel interdisciplinair worden opgepakt. Denk aan zelfbeschadiging of eetstoornissen.

Inhoudelijke deskundigheid van bestuurders

Bestuurders van MDA's zijn inhoudsdeskundig: ze hebben expertise in hun medisch vakgebied en besturen de MDA. In de driekoppige directie van Maison des Adolescents Robert Debré, een MDA in het noordoosten van Parijs, zitten een psycholoog en een kinderarts. De directeur van Maison de Solenn werkt drie dagen per week in het Maison als psychiater, en twee dagen als directeur en onderzoeker.

Kennisontwikkeling en monitoring

MDA's dragen bij aan kennisontwikkeling rondom jeugdzorg en de behoeften van jongeren. Zo zijn er universitaire MDA's, die onderzoek doen en betrokken zijn bij onderwijs. MDA's voeren daarnaast relatief veel kwalitatieve evaluaties naar interventies uit. Deze evaluaties zijn een regulier onderdeel van hun proces. Vanuit de resultaten van de kwalitatieve evaluaties is er in de MDA's veel informatie over de vraag waarom bepaalde interventies al dan niet werken.

De MDA's hebben een vanzelfsprekende rol in monitoring en preventie. De MDA's zien een groot deel van de jongeren die de jeugdzorg binnenkomt en kunnen op basis daarvan algehele tendensen, rode draden en regionale verschillen waarnemen en onderzoeken. Op basis van de informatie die zij verzamelen richten ze preventie en signalering in. Als bijvoorbeeld blijkt dat steeds meer jongeren in een bepaalde wijk te maken krijgen met eetstoornissen, zullen medewerkers van MDA's daar voorlichting over geven op scholen.

Uitdagingen en kansen voor verdere ontwikkeling

Er zit een aantal kwetsbaarheden in het systeem van de MDA's. Financiële beperkingen zetten de zorg en financiering van de Maisons onder druk. Sommige MDA's bieden daardoor geen onvoorwaardelijke zorg meer. Ook is er een personeelstekort, bijvoorbeeld door een gebrek aan kinderspsychiaters. Daarnaast zijn er sterke regionale verschillen qua bereikbaarheid, zodat het in verschillende regio's ver reizen is naar de dichtstbijzijnde MDA, terwijl een goede bereikbaarheid een randvoorwaarde is voor de laagdrempeligheid van een MDA.

Het kost tijd om een MDA succesvol te laten zijn. Er is tussen de vijf en tien jaar nodig voordat alle schoolverpleegkundigen en jongeren in de omgeving van het bestaan van het MDA weten en eraan toe gaan.

Huidige ontwikkelingen

In de aan het begin van dit hoofdstuk genoemde toekomstvisie uit 2025 is een viertal doelstellingen geformuleerd, waar de Franse overheid zich de komende jaren in het bijzonder op gaat richten. De derde doelstelling luidt: "verbetering van de toegang tot geestelijke gezondheidszorg". Het verdubbelen van het aantal MDA's is één van de maatregelen die wordt genomen om deze doelstelling te bereiken. Dat betekent dat er in de periode 2015-2030 125 MDA's bijkomen. Bovendien krijgen de bestaande MDA's meer budget.

De werkwijze van de MDA's inspireert andere landen en wordt inmiddels overgebracht naar het buitenland. Zo is er een Maison geopend in Mexico en in Marokko. Ook in Zwitserland en Japan overweegt men de opening van een dergelijk centrum.

Succescriteria van de Franse Maisons

Uit de analyse komen een aantal succescriteria naar boven die voor Nederland relevant zijn.

'Onvoorwaardelijk welkom'

In de eerste plaats de toegankelijkheid van de jeugdzorg. Jongeren krijgen eenvoudig toegang tot hulp door simpelweg een gebouw binnen te lopen, waar ze iemand te spreken krijgen die luistert en meedenkt. De medewerkers stralen uit dat het vragen van hulp heel normaal is, omdat iedereen weleens problemen heeft waar hij/zij zelf niet uitkomt. Een ander element van de toegankelijkheid is dat jongeren niet voortdurend hoeven te bewijzen dat ze zorg nodig hebben. Psychologen, psychiaters en jeugdartsen zijn direct beschikbaar voor gesprekken of voor het verlenen van specialistische hulp. In Nederland bestaan enkele initiatieven waar jongeren laagdrempelig binnen kunnen lopen en met jongerenwerkers en daarvoor getrainde leeftijdsgenoten kunnen spreken over hun zorgen en vragen. Deze initiatieven zijn echter kleinschalig, de openingstijden zijn beperkt en er wordt geen formele jeugdhulp geboden. Ook de lange wachttijden in de jeugdzorg werpen hoge drempels op voor jongeren. Jongeren krijgen het idee dat ze niet welkom zijn en dat er geen hulp beschikbaar is. Terwijl jongeren zich bij de MDA's juist welkom voelen en vertrouwen hebben om erheen te gaan.

Jongere centraal

Verder valt op dat de jongere zelf centraal staat, en niet diens ziekte of stoornis. Er wordt in Frankrijk zo min mogelijk in kokers gewerkt. Doordat jongeren zelf binnen kunnen lopen en hun verhaal kunnen vertellen, en aan de hand daarvan verder wordt gezocht wat nodig is, ervaart de jongere dat hij/zij zelf centraal staat. De behandeling wordt op de jongere gericht, en niet op één specifieke ziekte of stoornis. In Nederland hebben we een systeem dat op het jeugdzorgproduct is gericht. Dat blijkt onder andere uit de wijze waarop in de GGZ-diagnostisering voorwaardelijk is voor financiering. Ook blijkt dit uit de uitsluitingscriteria die jeugdzorgaanbieders hanteren, zodat jongeren met meervoudige problematiek vaak geen geschikte plek kunnen vinden, omdat zij daarnaast verslaafd zijn, een eetstoornis hebben, suïcidaal zijn of andere contra-indicaties hebben, waardoor jeugdzorgaanbieders deze jongeren uitsluiten van de jeugdhulp die zij bieden.

Eén vast gezicht

Een vast contactpersoon voor jongeren en gezinnen is ook een succescriterium. Voor effectieve hulp is namelijk stabiliteit nodig. In de Maisons blijft deze contactpersoon bij de jongere als deze wordt doorverwezen naar gespecialiseerde hulp, en ondersteunt indien gewenst bij het vertellen van diens verhaal. Indien de jongere doorverwezen wordt en daarbij op een wachtlijst komt, houdt deze persoon contact met de jongere door deze elke week te spreken. Zo hoeven jongeren de tijd op de wachtlijst niet eenzaam en zonder hulp door te brengen. De hulpverlening blijft erbij. In Nederland is het inzicht dat hulpverleners dichtbij jongeren en gezinnen dienen te blijven ook geland.²⁸ De praktijk is echter weerbarstig, omdat het stelsel niet is ingericht op het opbouwen van langdurige relaties. Veel gemeentelijke voorzieningen hebben een korte looptijd en aanbestedingsregels maken het voor jeugdzorgaanbieders niet voldoende lonend om te investeren in langdurige relaties.²⁹ De Franse Maisons werden pas na vijf tot tien jaar succesvol, omdat het geruime tijd kostte voordat iedereen in het netwerk wist wat ze deden en wat hun kwaliteiten waren. Geduld is nodig voor het opbouwen van een vruchtbare langdurige relatie.

²⁸ Vereniging van Nederlandse Gemeenten, 2024

²⁹ Engbersen, Jansen & Janssens, mei 2022

Deskundigheid van professionals

Het centraal stellen van de deskundigheid van professionals is ook een succescriterium. Niet alleen de regels en protocollen staan centraal, maar vooral de deskundigheid van professionals. Zo vertelde een kinderarts van Maison des Adolescents Robert Debré dat zij jongeren soms bewust niet doorsturen naar de kinderscherming, omdat die met ernstige wachtlijsten kampt en die jongere waarschijnlijk niet kan helpen. Liever proberen ze zo'n jongere daarom zelf te helpen, al zou de kinderscherming dat eigenlijk moeten doen. Uiteraard zijn er regels die moeten worden toegepast en gehandhaafd, maar wel vanuit de professie van de deskundigen en met het vertrouwen dat zij professioneel handelen. De deskundigheid van de professionals bestaat ook uit het feit dat het verlenen van mentale zorg aan adolescenten in Frankrijk echt een vak is, een aparte tak van sport. Jongeren hebben immers heel andere uitdagingen en problemen dan jonge kinderen of volwassenen. In de opleiding en training van professionals is veel aandacht voor deze specifieke uitdagingen en problemen. In Nederland bestaat zo'n specifieke studie voor mentale zorg aan jongeren niet. Verder hebben relatief veel bestuurders in Frankrijk zelf ervaring in het vakgebied als kinderarts, psychiater of psycholoog, en oefenen in sommige gevallen ook zelf hun vak nog enkele dagen per week uit. Zij zijn daarmee inhoudelijk deskundig in hun vakgebied en weten wat er speelt. In Nederland gebeurt het niet of nauwelijks dat bestuurders naast hun bestuurdersrol als hulpverlener of medisch specialist werken en op die manier ervaren tegen welke problemen hulpverleners op de werkvloer aanlopen.

Engagement

Naast deskundigheid is engagement van groot belang. In de gesprekken die tijdens het werkbezoek zijn gevoerd viel op hoe toegewijd de gesprekspartners zijn. Een decaan van een universiteit ontplooit allerlei eigen initiatieven om de mentale gezondheid van haar leerlingen te versterken. Een directeur van een Maison geeft aan dat het niet uitmaakt hoelang patiënten bleven, als ze er maar geholpen kunnen worden. Die insteek is een belangrijke conditie om een werkwijze als deze tot een succes te maken. Dit blijkt ook uit het feit dat mentale gezondheid door de Franse regering is uitgeroepen tot "Grande Cause Nationale" (nationale topprioriteit): de Franse regering neemt haar verantwoordelijkheid door prioriteit te geven aan het versterken van mentale gezondheid.

Vanzelfsprekendheid van de samenwerking

Integrale samenwerking tussen diverse disciplines en organisaties is ook een belangrijk succescriterium. Sociaal werkers, scholen, psychologen, psychiaters, kinderartsen en verpleegkundigen worden aangehaakt, omdat al deze partijen ervan doordrongen zijn dat het hele systeem nodig is om de zorg te laten aansluiten bij de leefwereld van de jongere. Deze hulpverleners zijn in Maison de Solenn in één gebouw gevestigd, waar ze gezamenlijk kunnen bespreken wat nodig is voor jongeren. Scholen en schoolverpleegkundigen hebben kennis van de MDA's, vertellen jongeren erover en stimuleren jongeren om erheen te gaan. In Nederland wordt ook integraal gewerkt, maar ontbreekt het medische perspectief. Bij veel mentale stoornissen, denk aan eetstoornissen, is dit medische perspectief wel belangrijk. Door kinderartsen en schoolverpleegkundigen een belangrijke rol in het netwerk van jeugdzorg te geven, kan de zorg voor jongeren worden versterkt.

Het aan de voorkant zicht krijgen op de oorzaak van de problemen kan voorkomen dat de problemen van jongeren steeds erger worden. En als de problematiek ernstig blijkt, kan direct worden doorgeschakeld. Dat heeft ook financiële consequenties, want hoe complexer de problematiek is, hoe duurder de begeleiding of behandeling. Door laagdrempelige gesprekken over mentale gezondheid te financieren, kunnen problemen eerder wordenesignaleerd en aangepakt, waardoor

kan worden voorkomen dat de problematiek onnodig escaleert. Daarbij wordt het Maison niet per gesprek gefinancierd, maar per personeelslid, zodat de Maisons voor hun financiële situatie niet afhankelijk zijn van het aantal jongeren dat op gesprek komt. Door te financieren per personeelslid dat gesprekken voert en niet per gevoerd gesprek, hebben de Maisons de ruimte voor deze gesprekken en voor het actief helpen van jongeren en gezinnen bij hun vragen en bij een eventuele doorverwijzing. In Nederland wordt de jeugdzorg bekostigd vanuit verkokerde financierings- en verantwoordingssystemen. Deze versnippering kan ertoe leiden dat proactieve hulp aan jongeren en samenwerking tussen organisaties en hulpverleners onvoldoende wordt beloond, terwijl juist die samenwerking essentieel is om jongeren tijdig passende hulp te bieden.

Doordat MDA's een groot deel van de jongeren die de jeugdzorg binnenkomt zien, kunnen zij de monitoring van problematiek bij jongeren goed inrichten. Daarmee is het mogelijk om regionale verschillen en ontwikkelingen door de tijd heen bij jongeren te signaleren. Vervolgens kunnen preventieve maatregelen, zoals voorlichting op scholen, effectiever en efficiënter worden ingericht. In Nederland vindt monitoring plaats via de Jeugdmonitor van het CBS en via het Nederlands Jeugdinstituut, op basis van gegevens die gemeenten en jeugdhulpaanbieders aanleveren. In Nederland is beperkt zicht op de effectiviteit van behandelingen en op regionale verschillen, omdat geen organisatie het totaaloverzicht heeft.

Aanbevelingen

"De vraag is niet: hoe organiseren we jeugdhulp? Maar: hoe organiseren we een samenleving, waar je als jongere niet hoeft te bewijzen dat je hulp nodig hebt, maar waar je welkom bent?"

In de Nederlandse jeugdzorg is de laatste jaren een ontwikkeling gaande waarbij een groot deel van de betrokken actoren wil inzetten op het centraal stellen van de vraag en het perspectief van de gebruiker. Er blijkt brede steun te zijn voor het inrichten van laagdrempelige toegang, integrale hulp, vaste contactpersonen, sturing op preventie en structurele samenwerking over organisaties, domeinen en financieringsstromen heen. De Franse *Maisons des Adolescents* zijn een succesvoorbeeld van een werkwijze waarin deze elementen een rol spelen. Daarom worden in dit hoofdstuk een aantal aanbevelingen gedaan om te kunnen leren van de Franse manier van werken.

1. Creëer een situatie waarin jongeren zich onvoorwaardelijk welkom voelen

In Frankrijk willen jongeren naar de Maisons komen om te praten over hun zorgen en problemen. Jongeren moedigen hun vrienden aan om naar een Maison toe te gaan als er iets met ze is. Hulpverleners stralen uit dat het vragen van hulp niet vreemd is, omdat iedereen problemen heeft die met goede hulp opgelost kunnen worden. Jongeren beseffen dat ze in de Maisons onvoorwaardelijk welkom zijn en hebben vertrouwen in de hulpverlening. Het Nederlandse stelsel voelt door de vele doorverwijzingen en lange wachttijden niet onvoorwaardelijk welkom. Een ervaringsdeskundige verwoordde dat je in Nederland 'moet bewijzen dat je zorg nodig hebt'.

Het creëren van een situatie waarin jongeren zich onvoorwaardelijk welkom voelen kan door het organiseren van een laagdrempelig toegangspunt waar jongeren terecht kunnen voor hulp, advies en jeugdzorg. Er bestaan al initiatieven op dit gebied. Denk aan @ease, een landelijk initiatief naar Australisch voorbeeld.³⁰ Jongeren kunnen laagdrempelig en zonder afspraak naar één van de twaalf locaties van @ease om daar met een daarvoor getrainde leeftijdsgenoot in gesprek te gaan en diens verhaal te delen. Denk ook aan JIP in de regio Haaglanden, waar jongeren gratis en vertrouwelijk in gesprek met jongerenwerkers, die hen kunnen adviseren en van informatie voorzien. Jongeren kunnen een afspraak maken, maar ook zomaar binnenlopen.³¹ Deze initiatieven zijn nu nog kleinschalig (de openingstijden zijn bijvoorbeeld beperkt), en bieden bovendien geen formele jeugdhulp. Het zou goed zijn om deze initiatieven op te schalen, bekendheid te geven en te versterken, bijvoorbeeld door meer soorten hulpverleners aan te laten sluiten.

De belangrijkste laagdrempelige toegangspunten tot de jeugdzorg zijn echter de lokale wijkteams. Zij krijgen momenteel een steviger en uitgebreidere rol. Deze maatregel is opgenomen in de Hervormingsagenda Jeugd 2023-2028 en definitief afgesproken in het convenant *Stevige Lokale Teams*.³² Deze ontwikkeling moet doorgezet en zoveel mogelijk gestimuleerd en versterkt worden, zodat de lokale wijkteams in staat worden gesteld om de rol van een laagdrempelig toegangspunt ook daadwerkelijk op zich te nemen en ook door jongeren zo gezien gaan worden. Dat vergt tijd, maar is wel belangrijk.

³⁰ Zie [de website van @ease](#) voor meer informatie over hun visie en werkwijze.

³¹ Zie [de website van JIP Haaglanden](#) voor meer informatie over hun visie en werkwijze.

³² Vereniging van Nederlandse Gemeenten, 2026

2. *Zie adolescenten als een specifieke doelgroep*

In de eerste plaats is het belangrijk om adolescenten/jongeren als een specifieke doelgroep met eigen behoeften te zien en professionals daarin te specialiseren. Jongeren in de puberteit zijn een andere doelgroep dan kinderen onder de twaalf jaar. Daarom is het belangrijk om (jeugd)zorgprofessionals specifiek voor die groep op te leiden, ook op medisch gebied (jongerenbrein, hormonen). Ook is het nuttig om netwerken rondom zorg voor jongeren op te bouwen met diverse disciplines. Zo zijn de Franse MDA's specifiek op jongeren tussen de 11 en 21 jaar gericht, en zijn de professionals daar getraind in het omgaan met deze doelgroep.

3. *Werk vanuit het gezin*

In de MDA's wordt vanaf de start van het hulptraject het gezin en de verdere omgeving van het gezin betrokken. Denk hierbij aan gezins- of familietherapie, wat in Frankrijk veelvuldig wordt aangeboden. Dat is belangrijk, omdat problemen nooit op zichzelf staan, maar in de context en het netwerk van de jongere. In Nederland wordt deze observatie in veel rapporten al gedaan. Zo heeft het Toekomstscenario Jeugd beschreven wat nodig is om gezinsgericht te gaan kijken, denken en werken.³³ Belangrijk is echter om deze houding werkelijk een plaats te geven in de praktijk. Het gaat daarbij niet alleen om de werkwijze van de hulpverlener, maar om de gezamenlijke houding en het gezamenlijke gedrag van alle betrokkenen in het hele stelsel, niet alleen om de werkwijze van de hulpverlener. Daarbij is het belangrijk het gezin autonomie en vertrouwen te geven, door zo min mogelijk voor anderen te denken, maar het gezin en de jongere zelf de kans te geven om zaken op te lossen. Zo gaan de medewerkers van de MDA's te werk: ze begeleiden waar nodig, maar leggen zoveel mogelijk verantwoordelijkheid bij het gezin zelf. In de hulp voor het gezin moet aandacht zijn voor het op orde brengen van de zogenoemde *Big Five*, de vijf levensdomeinen waarop een stabiele basis voor jongeren nodig is: sociaal netwerk, wonen, school en werk, inkomen, welzijn.³⁴

4. *Werk in een netwerk in plaats van in een keten*

In de MDA's krijgen jongeren en gezinnen zodra ze gesprekken voeren een vaste contactpersoon. Deze contactpersoon denkt met ze mee, gaat mee naar doorverwijzingen en helpt de jongere daar om het verhaal aan een nieuwe zorgverlener te vertellen. Ook voert deze contactpersoon gesprekken met jongeren wanneer ze op een wachtlijst staan om jongeren in deze wachttijd niet zonder hulp te laten wachten. Wanneer er sprake is van contact met meerdere instanties, houdt de vaste contactpersoon het overzicht en brengt de betrokken hulpverleners bij elkaar. Er is daarmee sprake van een netwerk. MDA's moeten zich onder andere verantwoorden op hoe zij in het netwerk opereren. *Laagdrempeligheid* en *integraliteit* zijn voorbeelden van KPI's waarop MDA's worden beoordeeld.

In Nederland wordt in een keten van instanties gewerkt, waarbij jongeren van de ene instantie of jeugdzorgaanbieder worden doorverwezen naar de andere (waarbij elke instantie een eigen wachtlijst heeft). Op deze wijze duurt het lang voordat passende hulp beschikbaar is, zeker voor jongeren met meervoudige en complexe problematiek. Het zou beter zijn om in een netwerk te werken ten behoeve van de gebruiker, waarbij de hulpverlener die nodig is aansluit bij degene(n) die al betrokken zijn bij de jongere en/of het gezin. Dit is overigens al in diverse eerdere rapporten

³³ Programma Toekomstscenario kind- en gezinsbescherming, maart 2021

³⁴ Davelaar, 2021

aanbevolen.³⁵ Om dat op een goede manier voor elkaar te krijgen is het belangrijk dat organisaties zich moeten verantwoorden op zaken als integraliteit, zodat ketensamenwerking wordt beloond.

5. *Versterk interdisciplinaire samenwerking*

In de MDA's is sprake van een waardevolle transdisciplinaire samenwerking: hulpverleners van de diverse relevante disciplines werken in één gebouw met elkaar, bespreken gezamenlijk wat nodig is voor jongeren en verwijzen waar nodig eenvoudig naar elkaar door. In Nederland is ook steeds meer sprake van interdisciplinaire samenwerking tussen gemeenten en hulpverleners van verschillende instanties, maar nog niet zo dat de samenwerking interdisciplinair op één fysieke plek is ingericht. Daarom is het de moeite waard om zulke plekken te starten, aangezien het de efficiëntie van onderlinge samenwerking enorm versterkt en ervoor zorgt dat jongeren zo min mogelijk last hebben van het complexe jeugdzorgsysteem.

Een aspect van de interdisciplinaire samenwerking bij de MDA's is de integratie van het medische perspectief. In de Franse Maisons werken onder andere kinderartsen. Het integreren van het medische perspectief helpt daar bij de ondersteuning van jongeren. In Nederland pendelt de beleidslogica tussen *medicaliseren* en *normaliseren*. Bij medicaliseren ziet men de vraag van een cliënt primair als een medisch vraagstuk dat om diagnose en behandeling met bijvoorbeeld medicijnen vraagt. Normaliseren betekent het erkennen dat bepaalde klachten (emoties, stress) normale reacties kunnen zijn op moeilijke levensomstandigheden. Normaliseren moet echter niet leiden tot het bagatelliseren van de behoefte aan (medische) ondersteuning. Bij de MDA's is sprake van een synthese tussen beide perspectieven. Door het medische perspectief aan het begin van trajecten al mee te nemen, kunnen problemen eerder opgelost worden. Het is dan ook aan te bevelen om het medische perspectief meer een plek te geven. Dat kan door sterkere verbindingen te leggen tussen kinderartsen in ziekenhuizen en jeugdzorgorganisaties en hun hulpverleners.

6. *Schep ruimte voor bestuurlijk eigenaarschap*

In Frankrijk is bij diverse bestuurders engagement te zien om te doen wat jongeren en gezinnen helpt, ook als daar niet per se beleid en financiering voor is. Het gaat hierbij om het vermogen om een context te scheppen waarin het belang van effectieve hulp aan jongeren centraal staat, ook wanneer dit schuurt met bestaande kaders of financieringsstromen. Door in Nederland meer in te zetten op vertrouwen, kunnen bestuurders een context creëren waarin ruimte wordt gevonden om te doen wat nodig is voor jongeren.

³⁵ Programma Toekomstscenario kind- en gezinsbescherming, 2021; Vijfhoek Hervormingsagenda Jeugd, 2023; Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2025

Bijlage I: literatuurlijst

Andersson Elffers Felix (juli 2024), "De overgang van jeugdhulp naar volwassenheid".

AZW-programma (januari 2026), "De Staat van de arbeidsmarkt jeugdzorg 2025: Trendrapportage".

Centraal Bureau voor de Statistiek (30 april 2026), "Minder jongeren met jeugdzorg in 2025".

Davelaar, M. (2021), "Samen 18 en vooruit: Een participatief onderzoek naar hoe jongeren uit de jeugdzorg de overgang 18-/18+ ervaren". *Stichting Straat Consulaat en Stichting Mara*.

Directoraat-Generaal Langdurige Zorg (27 januari 2026), "Voortgangsbrief Jeugd".

Engbersen, R., Jansen, T. & Janssens, R. (mei 2022). "Het geheim van de lange relatie: Continuïteit als voorwaarde voor een effectief sociaal beleid". *Movisie*.

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (april 2024), "Zorgen over jongeren met een complexe hulpvraag buiten de gesloten jeugdhulp".

Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (oktober 2024), "Onvoldoende goede en passende hulp aan jongeren met complexe hulpvragen in open (residentieel) aanbod".

Instituut Publieke Waarden (z.d.), "De toekomst van de jeugdzorg". Webpagina, geraadpleegd op 17 juli 2026.

Jeugdautoriteit (november 2025), "De Stand van de Jeugdzorg 2025: Een terugblik op tien jaar decentralisatie".

Jeugdautoriteit (december 2025), "Trendanalyse: Financiële ontwikkelingen in de jeugdzorgsector".

Le Monde (10 juli 2025), "Santé mentale des mineurs : un rapport parlementaire souligne « l'urgence » à agir".

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (januari 2023), "Gezond en Actief Leven Akkoord: Gemeenten en GGD'en, zorgverzekeraars en VWS zetten gezamenlijk in op een gezond en actief leven met een stevige sociale basis".

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (augustus 2025), "Aanvullend Zorg- en Welzijnsakkoord: Samen sterker voor zorg en welzijn".

Nederlands Jeugdinstituut (z.d.), "De Jeugdwet en beslissen over hulp". Webpagina, geraadpleegd op 21 juli 2026.

Programma Toekomstscenario kind- en gezinsbescherming (maart 2021), "Toekomstscenario kind- en gezinsbescherming".

Rodriguez Rivas-Stellaard, S.D. (2023). *Boemerangbeleid: Over aanhoudende tragiek in passend onderwijs- en jeugdzorgbeleid*. [proefschrift, Vrije Universiteit Amsterdam]. Boom.

Sociaal en Cultureel Planbureau (september 2025), "Overzicht van knelpunten bij de ondersteuning van mensen met meervoudige problemen".

Stellingerhout, R., Ooms, I., Eggink, E. & Boelhouwer, J. (maart 2020), "Jeugdhulp in de wijk". *Sociaal en Cultureel Planbureau*.

Stichting Het Vergeten Kind (mei 2021), "Het is een eenzame, uitzichtloze tijd: Kinderen over wachttijden in de jeugdzorg".

Stichting Het Vergeten Kind (december 2024), "Van cijfer naar stem: Evaringen van jongeren rondom doorplaatsingen in jeugdzorg".

Vereniging van Nederlandse Gemeenten (november 2024), "Werkpakket Stevige Lokale Teams".

Vereniging van Nederlandse Gemeenten (maart 2026), "Convenant Stevige Lokale Teams."

Vijfhoek Hervormingsagenda Jeugd (2023), "Hervormingsagenda Jeugd 2023-2028".

World Health Organization (1 september 2025), "Mental health of adolescents".

Bijlage II: informatie over het werkbezoek

Het werkbezoek is uitgevoerd door de volgende personen:

Naam	Functie	Organisatie
Cavin Clement	Ervaringsdeskundige	Onzichtbaar Den Haag
Willemijn Helmich	Adviseur	Helmich Advies
Pieter Houwers	Directeur-bestuurder	Sociaal Kernteam Westland
Hanne Janssens	Beleidsadviseur jeugd	Diverse gemeenten
Ties de Ruiter	Ervaringsdeskundige	Onzichtbaar Den Haag

De begeleiding van de reis en het proces is verzorgd door Menno Spaan en Arco Verschoor van Haagse Beek organisatieadvies.

De deelnemers aan de onderzoekreis hebben in Parijs diverse locaties bezocht en gesprekken gevoerd. Het eerste gesprek was met Sabine Sarnacki, medisch professor en decaan van de medische faculteit van de Universiteit van Parijs. Dit gesprek ging over Sarnacki's inzet voor het mentaal welbevinden voor haar studenten. Vervolgens zijn twee Parijse Maison des Adolescents bezocht, waar de deelnemers een rondleiding hebben ontvangen en gesprekken met jeugdigen en hulpverleners hebben gevoerd. In het Maison de Solenn hebben de deelnemers gesproken met Marie-Rose Moro, directeur van Maison de Solenn en professor Psychiatrie van kinderen en adolescenten. In Maison des Adolescents Robert Debré is een gesprek gevoerd met Nour Ibrahim, werkzaam als kinderarts. Deze gesprekken gingen over de geschiedenis en werkwijze van de MDA's is, en over de voor- en nadelen van deze werkwijze.

Ook is een documentanalyse uitgevoerd. Hierin zijn documenten geanalyseerd waarin de Nederlandse werkwijze en knelpunten in de jeugdzorg wordt beschreven. Ook zijn documenten over de werkwijze, de effectiviteit en de kosten en baten van de Franse Maisons des Adolescents geanalyseerd.

Bijlage III: organisatie van het jeugdzorgstelsel

Het Nederlandse jeugdzorgstelsel is sinds de invoering van de Jeugdwet in 2015 ingrijpend veranderd. Met deze wet zijn de Nederlandse gemeenten bestuurlijk en financieel volledig verantwoordelijk geworden voor alle vormen van jeugd- en opvoedhulp. De achterliggende gedachte van deze transitie was om de zorg te decentraliseren, meer in te zetten op preventie, en ondersteuning zo dicht mogelijk bij de leefwereld van het kind te organiseren onder het motto: *één gezin, één plan, één regisseur*.

De Jeugdwet regelt de gemeentelijke taken en bevoegdheden. Gemeenten financieren de jeugdzorg uit het gemeentefonds. Zij ontvangen hiervoor een budget van de Rijksoverheid. Gemeenten bepalen zelf hoe zij dit budget inzetten en welke aanbieders zij contracteren. Zij kunnen ook eigen middelen inzetten om zorg te bieden die aansluit op lokale behoeften. Ook zijn gemeenten verantwoordelijk voor preventie. Daarnaast coördineren gemeenten de samenwerking met de betrokken partijen, zoals scholen, huisartsen, de politie en gecertificeerde jeugdzorginstellingen. De Rijksoverheid is verantwoordelijk voor het stelsel, de wetgeving en het toezicht op de jeugdzorg. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd houdt namens de Rijksoverheid toezicht op de kwaliteit van de jeugdzorg.

Het stelsel is opgebouwd uit drie samenhangende hoofdpijlers die gezamenlijk het totale domein van de jeugdzorg vormen: jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering. Het volledige stelsel is ook uitgebreid beschreven op de themapagina over de Jeugdwet van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) en is geëvalueerd in het rapport *Jeugdhulp in de wijk* van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP).³⁶

1. Het vrijwillige kader: de wijkteams en de huisarts

De eerste pijler, de jeugdhulp, omvat alle praktische ondersteuning, therapieën en zorg voor gezinnen. Wanneer gezinnen hier zelf mee instemmen, vindt dit plaats in het vrijwillige kader. Om toegang te krijgen tot deze (specialistische) jeugdhulp, kent de wet twee primaire instroomroutes:

- De route via lokale wijkteams: Vrijwel elke gemeente heeft lokale wijkteams (ook wel sociale teams of jeugdteams genoemd) ingericht als de laagdrempelige toegangspoort in de buurt. Professionals in het wijkteam kijken breed mee met het gezin. Zij bieden zelf lichte, generalistische hulp aan huis om zwaardere trajecten te voorkomen. Daarnaast bezitten zij de wettelijke bevoegdheid om een officiële indicatie (toegang) af te geven voor zwaardere, specialistische jeugdhulp.
- De huisartsenroute (medische verwijzing): Naast het wijkteam kent de wet een directe medische route. Op basis van de Jeugdwet hebben huisartsen, jeugdartsen en medisch specialisten een zelfstandige, wettelijke verwijzingsbevoegdheid. Als een huisarts oordeelt dat een kind specialistische jeugdhulp of jeugd-ggz nodig heeft, kan de arts direct verwijzen naar een zorgaanbieder. Het gezin hoeft dan niet eerst langs het gemeentelijke wijkteam voor een indicatie. De gemeente is wettelijk verplicht om de zorg via deze huisartsenroute te financieren.

Het vrijwillige kader wordt het meest gebruikt: ruim 92% van de jongeren met jeugdzorg zit in deze eerste pijler.³⁷

³⁶ Nederlands Jeugdinstituut, z.d.; Schellingerhout et al., maart 2020

³⁷ CBS, 2026

2. De schakel bij onveiligheid: Veilig Thuis en de Raad voor de Kinderbescherming

Als er thuis signalen zijn van acute onveiligheid, huiselijk geweld of kindermishandeling, komt Veilig Thuis in beeld. Dit is het centrale advies- en meldpunt waar zowel burgers, wijkteams als huisartsen zorgen omtrent de veiligheid in gezinnen kunnen melden. Veilig Thuis onderzoekt de situatie.

Als het gezin weigert mee te werken aan vrijwillige hulp (via het wijkteam of de huisarts) en de veiligheid van het kind in gevaar blijft, dragen het wijkteam of Veilig Thuis de casus formeel over aan de Raad voor de Kinderbescherming (RvdK). De RvdK onderzoekt de situatie onafhankelijk en is de enige instantie die de kinderrechter kan verzoeken om een gedwongen maatregel op te leggen, zoals een ondertoezichtstelling (OTS) of een uithuisplaatsing.

3. Het gedwongen kader: de rol en verantwoordelijkheid van de GI

Zodra de rechter een uitspraak doet, stopt het vrijwillige traject en start officieel het gedwongen kader. Dit omvat de tweede en derde pijler van het stelsel: jeugdbescherming en jeugdreclassering (strafrechtelijk kader voor jongeren van 12 tot 23 jaar). Dit gedwongen werk in de jeugdbescherming en jeugdreclassering wordt wettelijk verplicht uitgevoerd door een Gecertificeerde Instelling (GI).

Jeugdbescherming vindt plaats als de kinderrechter een OTS. Het betreffende gezin wordt dan onder toezicht gesteld en krijgt een jeugdbeschermer van de GI toegewezen. De positie van de GI ten opzichte van de feitelijke jeugdhulp is via de wet scherp en strikt geregeld:

- De GI verleent zelf geen hulp: op basis van Artikel 3.2, tweede lid, van de Jeugdwet mag een GI zelf geen jeugdhulp aanbieden. De jeugdbeschermer van de GI geeft dus zelf geen psychologische behandeling, traumaverwerking of opvoedcursus. De taak van de GI is uitsluitend het houden van toezicht, het dwingend begeleiden van de ouders en het registreren van de veiligheid.
- De GI bepaalt welke hulp nodig is (Indicatiebevoegdheid): volgens Artikel 3.5 van de Jeugdwet neemt de GI de regie over van het wijkteam en de huisarts. De jeugdbeschermer bepaalt autonoom welke externe jeugdhulpaanbieder de noodzakelijke behandeling of zorg moet gaan leveren. De GI verplicht de ouders en het kind om hieraan mee te werken.
- Verplicht overleg en financiering: De GI contracteert en betaalt de jeugdhulp niet zelf. De wet verplicht de GI om over de gekozen hulp vooraf te overleggen met de gemeente, zodat de zorg aansluit bij het gemeentelijk ingekochte aanbod. De gemeente is vervolgens wettelijk verplicht om de door de GI aangewezen jeugdhulp te financieren.

Ook voogdijmaatregelen en uithuisplaatsingen vallen onder de pijler jeugdbescherming en vinden plaats op basis van een rechterlijke uitspraak.

Jeugdreclassering biedt hulp en begeleiding voor jongeren die strafbare feiten hebben gepleegd. Een jongere komt in de jeugdreclassering terecht na een melding van de politie of een beslissing van het OM of de rechter. De rechter kan een jeugdreclasseringsmaatregel opleggen als voorwaarde bij een veroordeling. De jeugdreclasseringswerker biedt hulp en begeleiding aan de jongere tijdens een straf of maatregel, zoals een taakstraf of voorwaardelijke veroordeling. Doel hiervan is het voorkomen van herhaling.