

Jo Hermanns

Het storingsvrije kind

De belangstelling voor het opvoeden lijkt de laatste jaren in onze samenleving toe te nemen. Opvoeders, media, anderen in onze maatschappij en ook 'de overheid' zijn voortdurend in discussie over wat een goede opvoeding nu eigenlijk is. Veel maatschappelijke problemen worden gezien als het gevolg van 'de opvoeding van tegenwoordig' die 'een jeugd van tegenwoordig' creëert waar weinig goeds van te vinden is. De oprechte belangstelling van ouders en andere opvoeders voor wat 'het beste is' voor het kind is er echter ook. De groei van opvoedinformatie op papier en met name digitaal is gigantisch. De groei van het professionele werkveld opvoedingsondersteuning eveneens. Op iedere opvoedvraag is een professioneel antwoord te vinden op internet, met een e-mail consult, op een pedagogisch spreekuur, in een Centrum voor Jeugd en Gezin, in een Opvoedpoli, een Bureau Jeugdzorg of een instelling voor Geestelijke Gezondheidszorg. Of de belangstelling voor opvoeden groter is dan in andere tijden, is echter nog niet zo zeker. Terecht merkt de historisch pedagoog Jaap Dekker (Dekker, 2006) op dat 'het verlangen naar opvoeden' van alle tijden is. Ouders hebben in alle tijden idealen voor ogen in de dagelijkse omgang met hun kinderen, in hoe ze de wereld van het kind organiseren, hoe ze hun kind groot willen zien worden. Die idealen zijn van alle tijden, maar verschillen ook in alle tijden, ofschoon er ook veel in de opvoeding door alle tijden herkenbaar is in andere tijden.

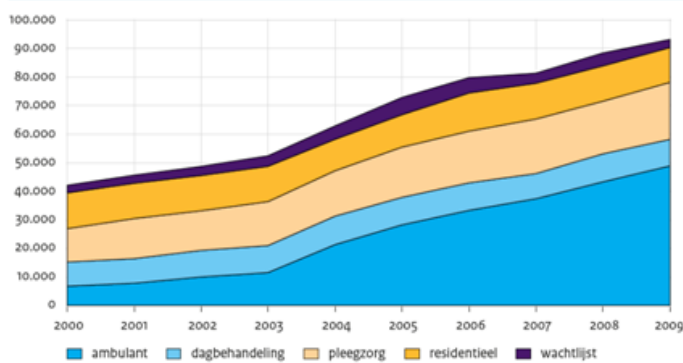
De top tien van opvoedidealen in onze tijd benadrukken in mijn interpretatie het autonome en sociale functioneren van kinderen in de samenleving (zie tabel 1, Bucx, 2011). In een samenleving waarin duidelijk is dat die voortdurend in een snelle ontwikkeling is, heeft het ook weinig zin om kinderen mee te geven wat de ouders zelf van hun ouders geleerd hebben. Het kunnen maken van eigen keuzes, het jezelf kunnen redden in die veranderende samenleving, zonder daarbij de belangen van andere autonome burgers uit het oog te verliezen, zijn dan belangrijke waarden. Kinderen en jongeren voelen zich prettig bij de Nederlandse aanpak, die vrijheid geeft en toch de weg wijst. Uit internationale vergelijkende studies blijkt steeds weer dat het welbevinden van het Nederlandse kind het hoogst scoort van alle onderzochte landen.

Top 10 Opvoeddoelen die ouders nastreven
1. Verantwoordelijkheidsgevoel hebben
2. Opkomen voor jezelf
3. Rekening houden met anderen
4. Respect hebben voor ouderen
5. Goede manieren hebben
6. Zelfstandig oordelen
7. Eigen doelen nastreven
8. Verdraagzaam zijn
9. Goede schoolresultaten hebben
10. IJverig en ambitieus zijn

¹ Lezing voor het congres van de Vereniging ter Bevordering van de Studie der Pedagogiek, 1 oktober 2013, tevens afscheidscollege als bijzonder hoogleraar op de Kohnstammwisselleerstoel aan de Universiteit van Amsterdam.

Het is dan een bedreiging van de opvoedidealen als er met het kind iets aan de hand is waardoor zijn autonome en sociale handelen verstoord dreigt te worden. Er zijn zorgen over kinderen met moeilijk te hanteren gedrag, kinderen die zichzelf niet in de hand hebben, kinderen die moeite hebben met sociale contacten en kinderen die minder slim zijn. Ook anderen dan ouders (groepsopvoeders, leerkrachten) reageren op kinderen en jongeren vanuit dezelfde waarden. In het publieke domein wordt vooral veel waarde gehecht aan 'het niet bedreigen van de autonomie van anderen'. Men vindt doorgaans dat kinderen en jongeren niet te luidrechtig mogen zijn, niet hinderlijk aanwezig mogen zijn en vooral geen kattenkwaad moeten uithalen. In onze welvarende, goed geregelde en steeds veiliger wordende samenleving is dat overigens voor veel kinderen en jongeren een zware

Figuur 1.2
Ontwikkeling van het gebruik van provinciaal gefinancierde jeugdzorg, 2000-2009



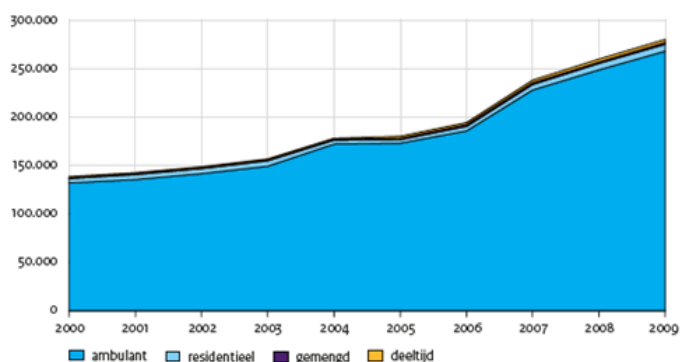
Figuur 1. Gebruik geïndiceerde jeugdzorg tussen 2000 en 2009.

en gezinnen hebben ontwikkeld, waarin alle zorgen en kritiek neergelegd kunnen worden en waar professionals, veelal op kosten van de overheid, deze zorgen en kritiek kunnen adresseren. Zo wordt op grote schaal gewerkt aan 'storingsvrije' kinderen. Deze schil van zorg en overheidsingrijpen is in het vorige decennium (2000-2010) in omvang geëxplodeerd. Zo is het aantal kinderen dat een

indicatie voor jeugdzorg krijgt tussen 2000 en 2009 ruim verdubbeld van ongeveer 40.000 naar bijna 90.000 (Pommer, Kempen, & Sadiraj, 2011, zie figuur 1). Opvallend is de sterke stijging van de ambulante zorg, zonder dat de dagbehandeling en residentiële zorg noemenswaardig afnamen. Er is dus geen duidelijke substitutie van zware vormen van hulp door lichtere vormen van hulp. Eerder is er een toename van relatief lichte problemen die via het Bureau Jeugdzorg een indicatie krijgen. De bevinding dat 30 procent van de gezinnen die geïndiceerde jeugdzorg krijgen zelf geen grote problemen met hun kinderen ervaren, wijst hier ook al op (Bot, 2013). In dezelfde periode steeg het aantal kinderen en jongeren tot 22 jaar dat (na verwijzing door huisarts of Bureau Jeugdzorg) gebruik maakte van geestelijke gezondheidszorg van zo'n 140.000 naar ruim boven de 250.000 (zie figuur 2). Volgens GGZ-Nederland gaat het hier om 'jeugdigen met een psychische stoornis, die leidt tot ernstige beperkingen in hun functioneren en/of risico's van een verstoorde ontwikkeling' (GGZ-Nederland, 2013). Ook het

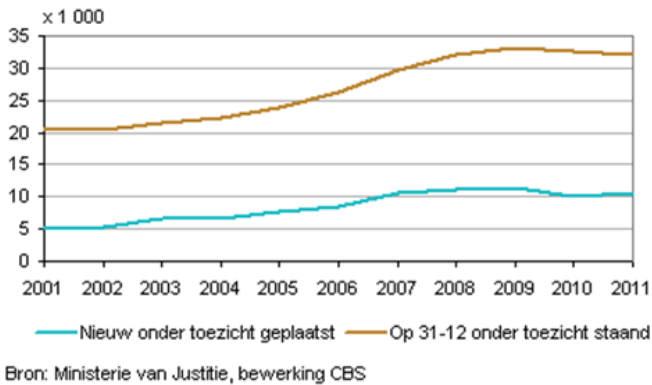
opgave. En als ouders er blijk van geven kinderen niet te kunnen of willen opvoeden tot autonome en sociale wezens, heeft onze samenleving een aantal instrumenten om in te grijpen. Deze zorgzame opstelling, gemengd met een kritische opstelling van de buitenwacht ten opzichte van de ontwikkeling van het individuele kind, heeft geleid tot een ingewikkeld proces waarin ouders, andere opvoeders, werkers in de zorg en professionals uit de sectoren veiligheid, gesteund en gestimuleerd door de overheid, een sterk ontwikkelde schil rond kinderen

Figuur 1.4
Ontwikkeling van het gebruik van jeugd-GGZ (0-22 jarigen), 2000-2009



Bron: Trimbos-instituut (trendrapportage GGZ 2010)

Figuur 2. Gebruik GGZ door 0-22 jarigen tussen 2000 en 2009.

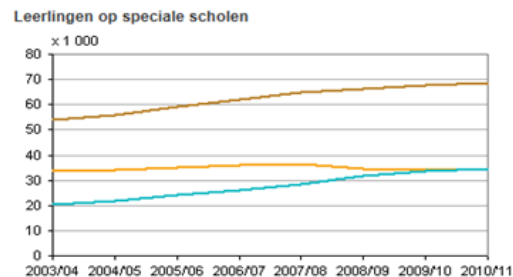


Bron: Ministerie van Justitie, bewerking CBS

Figuur 3. Groei ondertoezichtstellingen 2001-2011.

aantal kinderen en jongeren dat onder toezicht van de jeugdbescherming werd gesteld, nam in die periode aanzienlijk toe: van ongeveer 5000 tot ongeveer 10.000. Aangezien ondertoezichtstellingen meestal een aantal jaren duren, cumuleert het aantal in de loop der jaren. Zo nam het totaal aantal onder toezicht gestelde kinderen en jongeren toe van ruim 20.000 tot bijna 35.000 (zie figuur 3). De jeugdreclassering kende daarnaast een stijging van 20.000 jongeren in 2007 naar 23.000 in 2011. Naast de zorgsector

groeide ook het speciaal onderwijs, dwars tegen het overheidsbeleid in dat de kinderen weer samen naar school wilde laten gaan en daarvoor 'rugzakjes' uitdeelde, zij het iets minder sterk. Tussen de schooljaren 2003/2004 en 2010/2011 groeide het leerlingenaantal van 54.000 tot 69.000 (zie figuur 4). Vooral de groei van het voortgezet speciaal onderwijs valt op. In het bijzonder kinderen met 'disruptieve' gedragsstoornissen komen vaak in speciale scholen terecht. Ook groeide volgens de minister van OC&W het aantal rugzakjes in dezelfde periode sterk: van 11.000 naar 39.000.



Figuur 4. Groei speciaal onderwijs 2003-2011.

In 2008 becijferde ik dat, rekening houdend met het gegeven dat een kind meerdere indicaties kan hebben en dus in meer tellingen is meegenomen, dat ongeveer 1 op de 7 kinderen op dat moment een indicatie voor jeugdzorg, GGZ of speciaal (basis)onderwijs had, dan wel onder een jeugdbeschermings- of jeugdreclasseringsmaatregel viel of in een justitiële instelling verbleef. Sindsdien is het zorggebruik en het speciaal onderwijs, zoals af te lezen valt uit de diverse grafieken, zeker niet afgenomen.

Dit levert een merkwaardige situatie op. Er zijn veel meer kinderen die zorg krijgen dan kinderen die volgens bevolkingsstudies problemen zouden hebben die professionele zorg nodig maakt. Zelfs het meest pessimistische epidemiologische onderzoek komt niet tot zo een hoge schatting van het aantal kinderen dat ernstige problemen heeft. In het algemeen gaat men uit van ongeveer 5 procent (1 op de 20 dus) die dit type hulp nodig hebben. Maar zelfs 10 procent is nog aanzienlijk minder dan 1 op de 7.

Maar nemen de problemen van de jeugd dan niet toe? Als we de cijfers bekijken, is juist het omgekeerde het geval. De jeugdproblematiek neemt in vrijwel alle levensdomeinen (psychische gezondheid, schools functioneren) af of blijft stabiel (zie onder andere Sleeboom, Hermanns, & Hermanns, 2010). Dat blijkt niet alleen uit landelijke studies, maar ook uit de jeugdmonitoren die in een aantal gemeenten worden uitgevoerd. Zelfs de jeugdcriminaliteit (lichte én ernstige misdrijven) neemt af, zoals blijkt uit een onderzoek naar zelfrapportage, veroordelingen en slachtofferrapportages (Van der Laan & Blom, 2011). Ook voor een van de omvangrijkere problemen van de Nederlandse jeugd: het alcoholmisbruik, wordt een verbetering gezien. Men drinkt fors minder en comadriken neemt af (Verdurmen et al., 2012).

Deze cijfers lijken erop te wijzen dat we de problemen die we ervaren bij het opgroeien en opvoeden al snel in handen leggen van gespecialiseerde professionele systemen van onderwijs, zorg, bescherming en ondersteuning. Dit kan beschouwd worden als een uiting van zorgzaamheid, betrokkenheid en de bereidheid van de samenleving te investeren in alle kinderen, ook de kinderen die het wat moeilijker hebben dan het doorsneekind. Wellicht dat het hoge welbevinden van de Nederlandse jeugd juist tot stand komt door deze zorgzaamheid en bereidheid om professioneel bij te springen. Die gedachte is op twee aannames gebaseerd. De eerste is dat gespecialiseerde hulp

effectief is. Als dat zo is, wordt de tweede aanname dat de positieve effecten groter zijn dan de negatieve effecten die aan de inzet van gespecialiseerde voorzieningen verbonden zouden kunnen zijn.

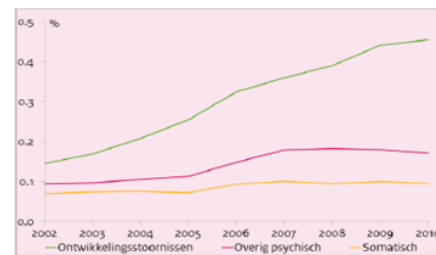
Helpt de hulp?

In het algemeen is er weinig bekend over de effecten van professionele hulp bij het opvoeden en opgroeien. Slechts van een fractie van de professionele 'interventies' is bekend dat ze een effect hebben (Van Yperen & Veerman, 2008). Dat wil zeggen dat we niet weten of kinderen na de professionele hulp zich beter ontwikkelen, beter gedragen of beter met hun beperkingen kunnen omgaan. Evenmin weten we of ouders beter met hun kind kunnen omgaan. En dan niet alleen direct na de interventie, maar ook op de wat langere termijn. Ondanks het grote optimisme van de professionals die hun diensten aanbieden, blijkt de toegevoegde waarde van hun handelen lastig aan te tonen. Dat zien we vooral in de internationale literatuur, waarin voortdurend een handvol bewezen effectieve interventies worden aangevoerd als bewijs voor de waarde van de gespecialiseerde hulp, terwijl talrijke studies die nauwelijks effecten kunnen aantonen nooit verder komen dan wetenschappelijke tijdschriften. De interventies die wel bewezen effectief zijn, worden meestal in de geestelijke gezondheidszorg aangetroffen, hebben meestal een beperkt doel, een beperkte doelgroep en een beperkte 'effectgrootte'. Vaak wordt in die interventies wel gewerkt met ouders als intermediairs. Maar dan gaat het vrijwel altijd om specifieke opvoedvaardigheden, *parent management skills*. Het ouderschap in brede zin (zie bijvoorbeeld Hoek, 2008, voor een kritische beschouwing) of opvoeden in een bredere sociale en materiele context is zelden onderdeel van deze interventies. De databank effectieve interventies van het NJi noemt slechts vijf interventies 'effectief volgens sterke aanwijzingen' (<http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/17/923.html>). Het gaat dan om een individuele cognitieve gedragstherapie voor kinderen van 8-18 jaar met een angststoornis en groepstraining voor ouders van kinderen van 3 tot en met 6 jaar die een oppositieel-opstandige of antisociale gedragsstoornis hebben, een eliminatiedieet voor kinderen van 2 tot 15 jaar met ADHD, een preventieprogramma voor leerlingen van groep 4 tot en met 8 van het basisonderwijs om zich beter aan klassenregels en regels op de speelplaats te kunnen houden en, tot slot, een video-feedback interventie om externaliserende gedragsproblemen bij kinderen te verminderen door het versterken van opvoedvaardigheden van ouders. Er zijn zeker meer effectieve interventies, doorgaans gebaseerd op cognitief-gedragstherapeutische principes, maar wel vrijwel altijd voor specifieke psychische problemen (zoals angsten) en gedragsproblemen (zoals opstandig gedrag). En hun aantal is beperkt.

Al helemaal onbekend zijn de effecten op het latere functioneren van de meer omvattende interventies in de jeugdzorg, zoals ambulante hulp, daghulp, pleegzorg en residentiële hulp. Er zijn duidelijke aanwijzingen dat intensieve jeugdzorg, met name de zorg zoals die in de residentiële (24-uurs-)instellingen gegeven wordt positieve effecten kan hebben. Maar dan gaat het steeds over kortetermijneffecten op specifieke onderdelen die in deelinterventies met veel aandacht geadresseerd zijn (Nijhof, Veerman, Engels, & Scholte, 2011; Swart, Broek, Stams, Asscher, & Van der Laan, 2012). Effecten op later autonoom en sociaal functioneren in brede zin zijn bij mijn weten niet gevonden. Buitenlands onderzoek kan ons op dit punt niet optimistisch maken. Zo laten verschillende studies van Roy zien dat tehuisopvoeding nogal wat negatieve effecten kan hebben (Roy & Rutter, 2006; Roy, Rutter, & Pickles, 2000, 2004). Kinderen die in tehuizen opgroeien hebben in vergelijking met kinderen met dezelfde risicofactoren die wel in een gezin opgroeiden veel gedragsproblemen, schoolproblemen en problemen in het aangaan van intieme relaties. Pleeggezinnen worden voor kinderen die niet thuis kunnen opgroeien in het algemeen beschouwd als een betere context voor het opgroeien dan tehuizen. Ook hier echter blijkt uit buitenlands onderzoek dat de situatie in de jongvolwassenheid van deze kinderen niet altijd rooskleurig is (Allen & Vacca, 2011). Een aantal studies laat zien dat de pleegkinderen in hun latere leven een verhoogde kans hebben op psychische en gedragsproblemen en problemen in het maatschappelijk participeren.

Zweedse ex-pleegkinderen werden als volwassenen bijvoorbeeld twee keer zo vaak als doorsneekinderen voor een suïcidepoging in een ziekenhuis of psychiatrische instelling opgenomen (Vinnerljung, Hjern, & Lindblad, 2006). Amerikaanse en Canadese studies laten ongunstige prognoses zien op het terrein van opleiding, werk, psychisch en sociaal functioneren en delinquentie (Barth, 2005 ; Peccora et al., 2006; Reilly, 2003). Een Franse studie (Dumaret & Rosset, 2005) vond dat in de jongvolwassenheid 56 procent van de ex-pleegkinderen sociaal goed geïntegreerd was in termen van opleiding, huisvesting, beroep, gezinsleven en gezondheid. En 10 procent leefde ernstig gemarginaliseerd.

Figuur 3 Hoger instroomrisico vooral gerelateerd aan ontwikkelingsstoornissen



Bron: UWV. De cijfers betreffen de jaarlijkse instroomrisico's van 18- t/m 30-jarigen.

Figuur 5. Toename Wajong risico's voor verschillende typen problemen.

Een veeg teken is de toenemende instroom in de Wajong van jongeren met relatief lichte stoornissen. Aan het eind van de jeugd jaren komt in ons land een relatief hoog aantal kinderen in de Wajong terecht: een arbeidsongeschiktheidsverzekering voor jongeren, die vaak vele jaren, ook in de jongvolwassenheid en volwassenheid kan doorlopen. In 2008 werd vastgesteld dat 6,9 procent van de 18-jarigen een Wajonguitkering krijgt. Voor veel jongeren die een evidente beperking hebben in hun cognitief, zintuiglijk, fysiek of psychisch functioneren is dit een uitkomst. Opvallend is echter dat de groei van de Wajong vooral tot stand komt door kinderen met relatief lichte stoornissen: licht verstandelijke beperkingen en ontwikkelingsstoornissen (zie figuur 5). Bij dit laatste gaat het om stoornissen zoals ADHD en PDD-NOS (lichte autistische stoornissen). Dit zijn nu juist de diagnoses van kinderen en jongeren die in het gespecialiseerde circuit uitgebreid en langdurig behandeld worden. Er is nog een probleem met de zorg voor de jeugd in Nederland. De vraag is of die zorg wel de gezinnen bereikt die daar echt om verlegen zitten. In een grootschalige studie van het Sociaal en Cultureel Planbureau (Bot, 2013) bleek dat maar liefst de helft van de gezinnen die zelf rapporteerden ernstige problemen te hebben met het opgroeien en opvoeden op geen enkele wijze hulp van jeugdzorg, GGZ of een andere tweedelijnsvoorziening kregen. Het ondervertegenwoordigd zijn van kinderen en jongeren uit gezinnen met een immigratie-achtergrond in de GGZ is al een aantal jaren eveneens een probleem (Vollenberg, 2007). Het is inmiddels moeilijk vol te houden dat het ideaal van autonome en sociale burgers bij de jongeren met problemen op grote schaal door gespecialiseerde professionele interventies eenvoudig dichterbij gebracht kunnen worden.

De risico's van hulp krijgen

Maar laten we positief blijven: het krijgen van hulp heeft in een aantal situaties meerwaarde. Het is echter ook mogelijk dat die hulp een aantal negatieve neveneffecten heeft die de positieve effecten beperken, teniet doen of zelfs overtreffen. Het krijgen van een 'diagnose' en het speciale aandacht krijgen van deskundigen kan er bijvoorbeeld ook toe leiden dat je zelfbeeld verandert van een lastig kind naar een kind met een psychische ziekte, een stoornis die jou onvergelijkbaar maakt met doorsneekinderen. Voor de ouder verandert een moeilijk op te voeden kind in een kind met een hersenafwijking dat niet door gewone opvoeders beïnvloedbaar is. Voor de leerkracht heeft de leerling nu een probleem waar hij of zijn niet voor opgeleid is. Als je als kind daarnaast in het kader van de hulp uit je gewone leven gehaald wordt, bijvoorbeeld (bij plaatsing in het speciaal onderwijs of plaatsing in een zorginstelling) wordt dit effect versterkt en worden bovendien de mogelijkheden om je te leren handhaven in een 'gewoon' leven verkleind. Er treedt bijvoorbeeld meestal een breuk op in de schoolcarrière, met meerdere wisselingen. Een dergelijk effect kan al snel optreden. Sleeboom, Buysse, Hermanns, & Hilhorst, 2009, deden een onderzoek naar het 'thuiszitten' van leerplichtige kinderen die in een GGZ-instelling ambulante behandeld werden. Bij een op de vijf

leerplichtige kinderen ging de behandeling gepaard met langdurige afwezigheid van het onderwijs. Uit gesprekken met de kinderen, hun ouders, behandelaars en scholen bleek dat bij veel kinderen en jongeren de psychische stoornis en de behandeling daarvan zo op de voorgrond was komen te staan, dat ze in hun eigen beleving niet meer gewoon konden meedoen, dat hun ouders aarzelden om pedagogische eisen te stellen omdat het kind immers psychisch ziek was, dat hun scholen meenden dat het kind eerst maar 'genezen' moest zijn om terug naar school te kunnen komen en lag de focus van de behandelaars vrijwel exclusief op de stoornis en de behandeling daarvan. Thuiszitten werd vooral voorkomen als ouders school toch belangrijk bleven vinden, het kind bleven stimuleren om dat niet op te geven en scholen ook bereid waren het kind of de jongere als leerling te blijven zien, en daarnaast bereid waren begeleiding te zoeken, speciale afspraken te maken of voorzieningen te treffen waardoor het kind toch naar school kon komen. Kinderen en jongeren beschreven treffend het verlies aan structuur en de sociale isolatie die als snel optreedt als je een psychische ziekte hebt en dan ook niet meer naar school gaat.

Het opvoeden verleerd

De conclusie die ik vijf jaar geleden trok, lijkt nog steeds stand te houden (Hermanns, 2009): Nederland heeft een te omvangrijk systeem van professionele hulp als het met het opgroeien en opvoeden niet zo goed gaat. Van dat systeem wordt te veel verwacht en wordt te weinig gekeken naar de negatieve neveneffecten. Te veel kinderen worden verwezen naar tweedelijns instituties. Het lijkt erop dat een groot deel van de problemen die horen bij het opvoeden en opgroeien relatief vaak gezien worden als onoplosbaar voor 'gewone' opvoeders zoals ouders, leerkrachten, pedagogische medewerkers in de kinderopvang en mensen in het publieke domein. En dus ook niet meer als hun verantwoordelijkheid worden gezien. Vijf jaar geleden benoemde ik deze ontwikkeling als 'het opvoeden verleerd'. Daarmee beschreef ik de tendens om problemen bij het opvoeden steeds vaker en vaak onnodig te definiëren als psychopathologie van het kind, als voor de overheid onacceptabel grensoverschrijdend gedrag van het kind of als onacceptabel gedrag van ouders. Met de consequentie dat niet meer gewone opvoeders, maar gespecialiseerde professionals deze problemen onder hun hoede moesten nemen. Het ligt voor de hand dat in onze tijd de nadruk daarbij ligt op het gedrag van kind en ouders die het ideaal van de opvoeding tot de autonome en sociale burger bedreigt: lastig, disruptief en niet-sociaal gedrag. Daarmee wilde ik niet suggereren dat opgroeien en opvoeden niet extreem moeilijk kunnen zijn en extreem veel kunnen vragen van ouders en kinderen. Waar het om ging was dat de definitie verschoof van opgroei- en opvoedprobleem naar een psychopathologische definitie. Met psychopathologie wordt bedoeld: een ziekte, stoornis, tekort, beschadiging, achterstand van kinderen, jongeren en/of ouders. Door het verschuiven van die definitie verschoof ook de logische oplossing: investeren in professionele behandeling en niet investeren in opvoeden. In de voorzieningenstructuur kwam dit tot uitdrukking in het inrichten van diagnose-indicatieprocedures die de toegang tot de tweedelijnszorg en speciaal onderwijs niet alleen bewaken, maar ook zorgden voor een herdefiniëring van het probleem, zodat ze binnen het werkdomein van de gespecialiseerde instituties vielen. Er wordt wel gesproken van een perverse prikkel. Wil je hulp bij het opvoeden en opgroeien krijgen, dan moet er door specialistische deskundige een diagnose gevonden worden die recht geeft op behandeling. Nogmaals moet gesteld worden dat deze handelwijze niet verwerpelijk is en, integendeel, voor veel kinderen, jongeren en ouders een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit van hun leven en hun toekomst kan leveren. Dat deze handelwijze inmiddels een standaard lijkt te zijn geworden voor steeds meer opvoed- en opgroei problemen is echter wel zorgelijk en niet meer in het voordeel van kinderen, jongeren en ouders. Om concreter te maken wat het probleem is, zal ik nog wat voorbeelden geven waarin het dominante diagnose-behandelparadigma te ver doorgeschooten is en daarmee misschien wel meer problemen creëert dan het oplossingen biedt. In een eerdere publicatie besprak ik al het psychopathologiseren van jonge mantelzorgers (Hermanns, 2011). Mantelzorg voor lichamelijk

beperkte of chronisch zieke ouders wordt door veel deskundigen gezien als een risicofactor voor psychische en gedragsstoornissen. Op de websites van ondersteuningsorganisaties voor mantelzorgers was in die tijd te lezen: 'Opgroeien met ziekte en zorg kan beschouwd worden als risicofactor, jonge mantelzorgers als kinderen die risico lopen' en (en daar is ook meteen weer een diagnose) 'Bij jonge mantelzorgers is regelmatig sprake van parentificatie, ook wel rolomkering genoemd. De ouders zijn afhankelijk van hun kinderen en de kinderen zijn dienstbaar aan hun ouders.'

In de *factsheet* van de GGD van de gemeente Utrecht was te lezen: 'Veel van deze jongeren zijn geneigd om zichzelf weg te cijferen. Ze zijn te bescheiden, ontwikkelen een ongezond groot verantwoordelijkheidsgevoel, en zijn bovenal geneigd om eigen (psychische) problemen te ontkennen.' De instrumenten die men vanuit dat perspectief hanteert om overbelasting van jonge mantelzorgers te voorkomen of te 'genezen', hebben dan het klassiek patroon van screening-diagnose en op het kind gerichte behandeling (door bijv. therapie, gezinstherapie of gespreksgroepen). Meer alledaagse steun voor deze kinderen, die het inderdaad vaak zwaar kunnen hebben, zoals meer inzet van anderen uit het netwerk om het kind te ontlasten, meer informele steun voor het kind zelf en wat meer begrip op school worden vanuit dat perspectief minder snel gekozen.

Hierboven werd ook al het voorbeeld van ambulante GGZ-hulp en thuiszitten gegeven.

Veel discussie is er over de diagnose en behandeling van ADHD. De kosten voor medicijnen ter behandeling van ADHD zijn volgens CVZ tussen 2002 en 2011 gestegen van 5 miljoen euro naar ruim twintig miljoen euro. Het betreft voor het overgrote deel medicijnen voor kinderen en jongeren. Er wordt standaard voor deze eenvoudige diagnose-behandeloplossing gekozen. Nederlandse overzichtsstudies laten echter zien dat een aantal meer pedagogische interventies voor leerkrachten en/of ouders een nagenoeg gelijk effect kunnen hebben als medicatie (Pieterse, Luman, Patternotte, & Oosterlaan, 2013). Twee andere voorbeelden uit zorgcircuits die met ernstige en complexe problemen te maken hebben, zullen iets uitvoeriger besproken worden: één uit de wereld van de jeugdbescherming (ondertoezichtstellingen bij vechtscheidingen) en één uit het jeugdstrafrecht (gedragsinterventies in Justitiële Jeugdinstellingen).

Vechtscheidingen

Een aantal ouders slaagt er na een echtscheiding niet zelf in een omgangsregeling met hun kinderen tot stand te brengen. Een uitspraak van een rechter is dan nodig. Dan nog kunnen er hardnekkige conflicten ontstaan bij de uitvoering van die regeling die de levenskwaliteit van de kinderen en beide exen sterk aantasten. Een echtscheiding wordt dan een vechtscheiding. Kinderrechters kunnen (bijvoorbeeld na een melding bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling van één van de ouders) dan een ondertoezichtstelling uitspreken om de schadelijke effecten op de ontwikkeling van het kind zoveel mogelijk te voorkomen. In de praktijk spreekt men van 'de omgangs-OTS'. Hoe vaak dit voorkomt is niet bekend. Hoelang zo een OTS gemiddeld duurt en hoe vaak een leefbare situatie gerealiseerd wordt door inbreng van de gezinsvoogd is eveneens onbekend. De Nationale Ombudsman en de Kinderombudsman samen ontvingen echter zoveel klachten van ouders over de omgangs-OTS dat ze uit eigener beweging hier een rapport over opstelden (De Kinderombudsman, 2012). De conclusie was niet alleen dat er weinig bekend was over de uitvoering van deze OTS, maar dat er nogal wat problemen werden gesignaleerd in de verhoudingen tussen kinderen, ouders en professionals.

Inmiddels ben ik een aantal malen gevraagd door ouders om me te verdiepen in de gang van zaken bij een omgangs-OTS. Hoewel iedere casus uniek is, is in deze casuïstiek vaak een vast patroon te onderkennen. De conflicten tussen de exen zijn bij de start van de OTS al uit de hand gelopen. Mediatie is dan al meerdere keren geprobeerd, er zijn vele rechtszaken (soms tientallen) gevoerd en advocaten hebben het druk met het proberen het gelijk aan de kant van hun cliënt te krijgen. De gezinsvoogd die probeert te bemiddelen, probeert zich neutraal op te stellen, maar komt ongewild al

snel in conflict met een of beide ouders. Immers alles wat de gezinsvoogd voorstelt, doet of niet doet wordt direct geplaatst op de dominante dimensie in de relatie tussen de ouders: 'vóór of tegen mij'. Het belang van het kind als beoordelingscriterium wordt in deze situaties door de exen wel voortdurend aangevoerd, maar het winnen of verliezen van het conflict blijkt uiteindelijk in het handelen te domineren. Zoals in het rapport van de Ombudsman wordt beschreven zijn bij de start van de OTS de verwachtingen vaak hooggespannen, terwijl inherent aan het probleem is dat er juist vanwege de strijd voor een gezinsvoogd niet meteen veel te bereiken valt. En dan volgt er teleurstelling van een of beide ouders. Niet zelden volgen er al snel klachten tegen de gezinsvoogd bij het Bureau Jeugdzorg, de Inspectie Jeugdzorg, enzovoorts. Vele gezinsvoogden zijn niet bestand tegen de complexiteit van deze zaken en voelen zich partij in het conflict worden. De uitweg die gezinsvoogden dan vaak kiezen is die van 'nader psychologisch onderzoek'. Men vindt dat mensen zich gestoord gedragen. Het *parental alienation syndrome* of ouderverstotingssyndroom, een in feite niet bestaande stoornis, wordt nogal eens van stal gehaald. Men vindt dat hun psychische gezondheid maar eens goed onderzocht moeten worden. Dat wil zeggen dat ze ouders de opdracht geven een persoonlijkheidsonderzoek te ondergaan om boven tafel te krijgen wat deze ouder als opvoeder kan bieden en wat de risico's voor de kinderen van deze ouder zijn. Het onderzoek wordt dan door psychologen of psychiaters uitgevoerd. Ook de kinderen worden onderzocht, bijvoorbeeld door een speltherapeut, psycholoog of orthopedagoog. Daarnaast worden kinderen en ouders ook wel samen geobserveerd. Niet zelden wordt voor de kinderen een observatieplaatsing van enkele maanden gekozen 'om rust te brengen in de zaak' en om in een neutrale omgeving te kunnen onderzoeken wat voor de kinderen de beste regeling met de ouders is. Wat kinderen zelf zeggen wordt, ook blijktens het rapport van de Ombudsmannen, niet altijd serieus genomen. Men gaat er bij voorbaat van uit dat kinderen slachtoffer zijn van de loyaliteitsconflicten (ook al weer een soort diagnose) die zich in hun gemoed afspeelen in relaties met een ouder. Als er in de diverse onderzoeken bij ouders en of kinderen bijzonderheden gevonden worden (wat gezien het eerste gedeelte van deze tekst en de voorafgaande periode van ernstige conflicten in de persoonlijke relaties niet zo merkwaardig is) wordt een behandeling voorgesteld. Men kiest bijvoorbeeld voor relatietherapie, gezinstherapie, voor individuele behandeling van een of beide ouders, bijvoorbeeld een agressieregulatietherapie of voor speltherapie of gespreksgroepen voor het kind. Onderzoeken, therapieën en besluiten naar aanleiding daarvan door gezinsvoogden en rechters kunnen vele maanden in beslag nemen. Het conflict over duizend en één zaken dendert in het dagelijkse echter vrijwel altijd voort, tijdens en na de onderzoeken en de therapieën. Ouders leggen zich zelden neer bij de uitkomsten van de diverse onderzoeken als die niet in hun voordeel zijn. De richting die de therapie inslaat wordt eveneens in de winnen-verliezen dimensie getaxeerd. Er worden klachten ingediend tegen de onderzoekers en therapeuten en men vraagt een contra-expertise aan. Om het ingewikkeld te maken, leiden klachten tegen onderzoekers (tuchtzaken) nogal eens tot berispingen en levert een contra-expertise nogal eens een heel ander beeld op. Al gauw bestaat een dossier uit decimeters dikke pakken verslagen van onderzoeken, procedures en uitspraken, waartegen weer beroep wordt aangetekend. De kinderen waar het om zou moeten gaan verkeren dan al lange jaren in een voor hen zeer pijnlijke, stressvolle en onzekere situatie. Een situatie die kinderen behoorlijk kan beschadigen.

Het probleem waar het in deze zaken om gaat, namelijk heftige conflicten tussen mensen die op de een of andere manier niet meer kunnen overleggen en onderhandelen met het belang van hun kinderen als belangrijkste overweging, worden met het diagnose-behandelparadigma zelden opgelost. De oplossingen van gezinsvoogden en deskundigen worden te veel 'tussen de oren' van de betrokkenen gezocht, in hun getroebleerde psychische gezondheid en te weinig in de sociaal-ecologische context. Nu zijn er voor dit soort problemen geen standaardoplossingen, maar opvallend is dat men bijna nooit kiest voor netwerkberaden of Eigen Kracht Conferenties waarmee men de krachten in de sociale netwerken van de gezinnen kan mobiliseren en medeverantwoordelijk kan maken voor de oplossingen en de uitvoering daarvan. Ook begeleide omgangsregelingen met vrijwilligers vindt men niet meer terug in de uitvoeringspraktijk.

De kinderen die voor het rapport van de Ombudsmannen waren geïnterviewd, gaven daarnaast aan dat ze erg onrustig werden van alle instanties (Bureau Jeugdzorg, hulpverleners, advocaten, rechtbanken) die zich met hun leven bemoeiden en plotseling hun hele leven overhoop konden gooien door rapporten of besluiten, zonder dat het kind zelf daar veel invloed op had. Die onrust zou ook wel eens een stuk kunnen verminderen als meer 'gewone' mensen zich met de zaak bemoeiden. Mensen die het kind kent, die het vertrouwt en met wie het kan praten.

Gedraginterventies in Justitiële Jeugdinrichtingen

Er wordt al ruim een eeuw gediscussieerd over de vraag of Justitiële Jeugdinrichtingen (in de volksmond 'jeugdgevangenissen') wel een geschikte context bieden om heropvoeding en behandeling mogelijk te maken (Hanrath, 2013). De relatief hoge recidivecijfers roepen in Nederland en daarbuiten bij voortduring dit type vragen op (Henggeler & Schoenwald, 2011).

Om de situatie te verbeteren is in de laatste jaren veel geïnvesteerd in de zogenaamde effectieve gedragsinterventies. Dit zijn individuele of groepsgewijze trainingen, therapieën, meestal met een cognitief gedragsmatig theoretische achtergrond. Deze interventies richten zich op het gezond maken van denkschema's, sociale cognities, het afleren van storende gedachten, het herinterpreteren van emoties en dergelijke die standaard zijn in cognitieve gedragstherapie. Men beoogt veranderingen in het psychisch functioneren van de jongeren te realiseren. Aan iedere interventie gaat een uitgebreide diagnose vooraf om te bepalen welke interventie toegepast gaat worden. De vraag wat deze interventies opleveren voor de recidivevermindering wordt beantwoord door een analyse van het beschikbare internationale onderzoeksmateriaal door de gezaghebbende Campbell Collaboration. Inderdaad blijken deze gedragsinterventies effectief (Morales, Garrido, & Sánchez-Meca, 2010):

Looking at the effect of programs on all types of crime, there is a 6 per cent lower probability that juveniles who have taken part in a program relapse into crime, compared with those who have not taken part in the relevant treatment program. As an illustration, if 60 out of 100 of these juveniles would ordinarily relapse into crime after release from correction, treatment will reduce this to 56 out of 100.

Als we dit op de Nederlandse JJI's toepassen, krijgen we de volgende cijfers. Gegeven 55 procent recidive zullen niet 55 op de 100, maar 52 op de 100 recidiveren. Bij de 1600 jongeren die per jaar in een JJI zullen verblijven, is de winst dus naar schatting 53 jongeren die door zo een gedragsinterventie op het rechte pad blijven. De voorwaarde is dan wel dat **alle** kinderen en jongeren in een JJI een op hun probleem toegespitste interventie krijgen.

Deze effecten, hoe klein ook, zijn natuurlijk de moeite waard, maar zijn veel beperkter dan die van community-based, systeemgerichte aanpakken die aangeboden worden in *youths' natural environment* (zie Henggeler & Schoenwald, 2011). Bekende internationaal toegepaste voorbeelden zijn de Multisysteemtherapie en de Functional Family Therapy die zich richten op het functioneren van de jongeren in hun eigen leefsituatie in relatie tot hun opvoeders en anderen in hun sociale context en in relatie tot de materiele context waarin men leeft (zoals huisvesting, inkomen, woonomgeving).

Bij het helpen van criminele jongeren om op het rechte pad te komen en te blijven, spelen overigens juist alledaagse pedagogische processen een belangrijke rol. Claudia van der Put en een aantal collega's (2013) van de Universiteit van Amsterdam voerden in opdracht van het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum van het Ministerie van Veiligheid en Justitie een onderzoek uit naar de werkzame bestanddelen van interventies die worden ingezet na het plegen van een delict, vooral om erger te voorkomen. Ze onderzochten een groot aantal programma's die in Nederland worden aangeboden. Hun conclusie was de volgende:

'Kortom, uit de meta-analyse blijkt dat secundaire preventieve interventies meer effectief zijn indien: (1) positieve rolmodellen centraal staan, (2) het maken van goede afspraken rondom gewenst en ongewenst gedrag een rol speelt (gedragscontract), (3) de opvoedvaardigheden van ouders worden aangepakt, (4) vrijetijdsbesteding in groepsverband centraal staat, (5) het gehele gezinssysteem betrokken wordt, inclusief de ouders en broertjes/zusjes van de jongere, (6) individueel met de jongere wordt gewerkt in plaats van in een groep en (7) niet te intensief wordt geïntervenieerd (kortdurend en een beperkt aantal sessies).'

In deze werkzame bestanddelen is een aantal opvoedkundige elementen te onderkennen: goed voorbeeld geven, duidelijk zijn in wat mag en niet mag, maar wel in een context van wederkerigheid ('het contract'), gebruik maken van pedagogische kunde en kennis (opvoedvaardigheden); het gezin als systeem aanvaarden; jongeren individueel aanspreken en tot slot jongeren niet al te veel op hun nek zitten. Door het introduceren van deze elementen in de JJI-aanpak zou men waarschijnlijk aanzienlijk effectiever kunnen werken.

Een pedagogische invalshoek als alternatief

Bij de verschillende voorbeelden die gegeven zijn, werd al hier en daar gesuggereerd dat er naast de invalshoek van de 'diagnose-behandeling' een andere, meer down-to-earth benadering mogelijk is. In 'Het opvoeden verleerd' werd gesteld dat kinderen, jongeren en hun opvoeders zouden profiteren van een verschuiving naar een meer community-based aanpak van problemen bij het opvoeden en opgroeien. Hiermee werd bedoeld dat problemen vaak kunnen worden opgelost door concrete steun, hulp en behandeling in gezinnen, scholen en op straat. Daarbij is niet de analyse of diagnose van de professional sturend, maar de doelen die de direct betrokkenen zelf voor ogen hebben. Ter Horst omschreef dit type doelen al vele jaren eerder als 'het herstel van het gewone leven' (Ter Horst, 2006). De verantwoordelijkheid voor het stellen en bereiken van doelen ligt bij kinderen, jongeren en ouders (tenzij er sprake is van een door de rechter opgelegd doel). Het gaat daarbij om de relaties tussen de direct betrokkenen in de context van hun concrete leefsituatie. Specialistische hulp kan soms nodig zijn als bepaalde doelen anders niet gerealiseerd kunnen worden. Dat geldt overigens niet alleen voor het psychische domein, maar ook voor het materiele. Denk aan schuldhulpverlening, arbeidstoeleiding en huisvesting. Het sociaal-ecologische model van Bronfenbrenner is de theoretische inspiratie voor deze benadering (Bronfenbrenner & Ceci, 1994). Uit een toenemend aantal studies blijkt dat met name de pedagogische kwaliteit van de opvoeder-kindrelatie een cruciale rol kunnen spelen bij het oplossen van problemen bij het opgroeien en opvoeden. De kwaliteit van deze relatie blijkt een 'werkzaam bestanddeel' te zijn in een variëteit van community-based interventies. In een meerjarig onderzoek analyseerden Hermans, Asscher, Zijlstra, Hoffenaar en Deković (2013) de effectiviteit van Home-Start, een opvoedingsondersteunend programma voor gezinnen met jonge kinderen. De gezinnen die deelnemen aan het programma hebben allerlei problemen waarvan het gemeenschappelijke kenmerk is dat er meerdere problemen tegelijk zijn en dat deze veelheid daarvan het dagelijks leven in die gezinnen ernstig ontregelt. In diagnostische termen zou een groot deel van deze gezinnen voor geïndiceerde zorg in aanmerking komen (Hermans, Van de Venne, & Leseman, 1997). Ze krijgen echter hulp van een goed gecoachte vrijwilliger die gedurende enkele maanden een- of tweemaal per week het gezin bezoekt en niet veel meer doet dan er zijn, steun aanbiedt, de weg wijst, maar niet 'de hulpverlener' speelt. Alle domeinen van het gezinsfunctioneren kunnen daarbij aan bod komen, van schulden tot gedragsproblemen van de kinderen. In een onderzoek dat deze gezinnen en twee vergelijkingsgroepen vier jaar lang volgden, bleken door deze interventie een aantal opeenvolgende veranderingen in de gezinnen plaats te vinden (Deković et al., 2010; Hermans et al., 2013). In grote lijnen: a. het welbevinden van de ouders nam toe, b. het gevoel de opvoeding aan te kunnen groeide, c. het opvoedingsgedrag verbeterde (sensitiever, consequenter), en ten slotte d. het lastige gedrag

van het kind veranderde. Al deze veranderingen in de gezinnen waren drie jaar na beëindiging van het programma nog waarneembaar.

Doorgaans beginnen opvoedingsondersteunende programma's aan het eind van de beschreven keten: het gedrag van het kind wordt gediagnosticeerd en een passende oudercursus, begeleiding of hulpverlening wordt doelgericht ingezet. Dat kan dus ook anders. Een groot voordeel (naast de relatief lage kosten) van een programma als Home-Start is dat het eerder genoemde 'niet bereiken van de moeilijkste gezinnen' in dit type programma veel minder voorkomt. Juist gezinnen die niet openstaan voor hulpverlening of niet bereikt worden door de hulpverlening kunnen op deze manier vroegtijdig ondersteund worden. En vervolgens zo nodig toegeleid worden naar specialistische hulp als dat voor een onderdeel van hun problemen nodig is.

Dat een pedagogische invalshoek ook bij het signaleren van problemen in het opgroeien een belangrijke rol kan spelen toonden Staal, Brink, Hermanns, Schrijvers en Stel (2011) aan. Doorgaans wordt bij jonge kinderen gescreend met een van de bekende gestandaardiseerde vragenlijsten voor ouders (KIPPI, NOSIK, ASQ voor de kenners) waarin specifiek naar problemen wordt gevraagd. In een grootschalig onderzoek in Zeeland werd een andere invalshoek gekozen. In de reguliere contacten die verpleegkundigen jeugdgezondheidszorg met ouders van 1½-jarigen werd geen checklist toegepast, maar werd een gesprek gevoerd aan de hand van 16 domeinen die van belang zijn bij het opgroeien en opvoeden van peuters, bijvoorbeeld 'taal-spraak-denkontwikkeling', 'taalgebruik ouders', 'emotionele ontwikkeling', 'omgang met anderen', 'gedrag van het kind', 'aanpak van opvoeding', '(sociale) contacten & informele steun', en onderwerpen die de ouders zelf wilden bespreken. In dialoog met de ouders werden al deze domeinen besproken volgens een model dat bestaat uit 3 stappen. De jeugdverpleegkundige start met een korte beschrijving van het domein, en geeft enkele voorbeelden, met de vraag of de ouders binnen het desbetreffende domein het afgelopen halfjaar zorgen, vragen en/of problemen hebben ervaren (stap 1). Hierna vraagt zij aan ouders de ervaren zwaarte van deze zorgen aan te geven op een 5-punts Likert-schaal die staat afgedrukt op een kaart, in de range van 'helemaal niet' tot 'zeer belastend'. Als ouders zorgen aangeven, vraagt de jeugdverpleegkundige door of er al dan niet behoefte was aan steun, of hiervan al dan niet gebruik is gemaakt, of het lukte om na deze steun beter met de zorgen, vragen en of problemen om te gaan. Vervolgens maken de ouder en de verpleegkundige samen een inschatting van de eventuele zorgbehoefte en het gewenste karakter daarvan. Deze methodiek werd SPARK genoemd (Signaleren van Problemen en Analyse van Risico bij opvoeden en ontwikkeling van Kinderen; Engels: Structured Problem Analysis of Raising Kids, zie Staal, Hermanns, Schrijvers & Van Stel, 2013b, voor een Nederlandstalige beschrijving). Deze manier van het vroegtijdig onderkennen van problemen bij het opvoeden en opgroeien is onverwacht betrouwbaar en valide. Dat blijkt onder andere uit de bevinding dat in een follow-up studie bij 1850 kinderen na 1½ jaar, de SPARK-score uitgedrukt in hoog, verhoogd of laag risico, een goede voorspeller bleek van latere meldingen bij de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling en het Bureau Jeugdzorg (Staal et al., 2013a). In de kleine groep van nog geen 400 kinderen met een verhoogd of hoog risico werden 27 meldingen gedaan (15%) en in de grote groep van ruim 1300 kinderen met een lage risicotaxatie werden 10 meldingen aangetroffen (0,7%).

De stelselherziening jeugdzorg

De verontrustende toename van de instroom in geïndiceerde zorg is ook de overheid al een aantal jaren opgevallen. Daarbij speelden de sterk stijgende kosten van de zorg voor jeugdigen uiteraard een belangrijke rol. Er is actie ondernomen. In 2010 werd een beslissende stap gezet door een parlementaire werkgroep 'Toekomstverkenning Jeugdzorg' met het rapport 'Jeugdzorg dichterbij'. Daarna ging het snel. Kamerbreed werd gepleit voor een geheel nieuw stelsel voor jeugdzorg. Uiteindelijk leidde dat in 2012 en 2013 tot wetsvoorstellen waarin gesteld werd dat het huidige stelsel de volgende tekortkomingen had (Conceptwetsvoorstel Jeugdwet, 18 juli 2012):

- *een te grote druk op gespecialiseerde zorg;*
- *tekortschietende samenwerking rond kinderen en gezinnen;*
- *afwijkend gedrag wordt onnodig gemedicaliseerd;*
- *het kostenopdrijvend effect als afgeleide van deze knelpunten.*

In dit rijtje is een aantal elementen van de bovenstaande tekst te herkennen. De overheid wil de zorg voor de jeugd en hun opvoeders meer integreren in het lokale jeugdbeleid. In internationale termen: men wil de *community*, de samenleving in brede zin, weer een rol geven bij het opvoeden en opgroeien. Daarin zijn twee lijnen te onderkennen: de eerste is het stimuleren van een *community-level* jeugdbeleid onder de titel ‘de pedagogische civil society’ (Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling, 2009) en de tweede is een *community-based* beleid voor individuele kinderen, jongeren en ouders met vragen en problemen onder de naam ‘stelselherziening jeugdzorg’. Zie Barnes, Katz, Korbin en O'Brien (2006) voor een bespreking van de verschillen tussen *community level* en *community based*². Het eerste, de pedagogische civil society, betreft het activeren van de eigen krachten van gezinnen, het meer betrekken van de sociale context bij het opvoeden en opgroeien, het stimuleren van een positief pedagogisch buurtklimaat en het vormen van sociale netwerken als steun bij het opgroeien en opvoeden (Kesselring & De Winter, 2013). De tweede, de stelselherziening jeugdzorg, betreft de specifieke ondersteuning, zorg, hulp en behandeling die in het bovenstaande besproken is. Uiteraard zijn *community-level* en *community-based* niet duidelijk te onderscheiden, maar in deze tekst ligt de nadruk op het *community-based* werken.

Een van de belangrijke elementen in de nieuwe wet is daarbij het decentraliseren van alle tweedelijnszorg voor het opvoeden en opgroeien naar de meer dan 400 Nederlandse gemeenten. Het gaat om de GGZ voor Kinderen en Jeugdigen, om de (nu provinciaal aangestuurde) jeugdzorg, om de zorg voor licht verstandelijk beperkte jeugdigen, de jeugdbescherming en de jeugdreclassering. De motivatie daarvoor is de volgende:

Door de verantwoordelijkheid voor een positief opvoed- en opgroei-klimaat, voor preventie, voor vroegsignalering tot en met de (zware) gespecialiseerde zorg en de uitvoering van kinderbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering bij gemeenten te leggen, wordt het makkelijker verbindingen te leggen tussen zorg, onderwijs, werk en inkomen, sport en veiligheid. Zo ligt bijvoorbeeld de basis voor een goede thuissituatie vaak in de arbeidsmarktpositie van de ouders. Gemeenten kunnen met een bredere blik en instrumentarium niet alleen de jeugdigen helpen, maar ook hun ouders (zoals met re-integratie of schuldhulpverlening).

Een meer sociaal-ecologische visie op opvoeden en opgroeien is hier evident aanwezig.

In artikel 1.2 van het huidige voorstel (27 juni 2013) staan vervolgens als de belangrijkste taken van de gemeenten genoemd:

Het gemeentelijke beleid inzake preventie, jeugdhulp, kinderbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering en de uitvoering van jeugdhulp, kinderbeschermingsmaatregelen en jeugdreclassering is gericht op:

- a. het voorkomen en de vroeger signalering van en vroeger interventie bij opgroei- en opvoedingsproblemen, psychische problemen en stoornissen;*
- b. het versterken van het opvoedkundige klimaat in gezinnen, wijken, buurten, scholen, kinderopvang en peuterspeelzalen;*

² Vaak wordt gedacht dat de overheid alleen *community-level* activiteiten zou willen financieren en daarmee de hulp aan individuele kinderen wil wegbezuinigen. Dat is niet wat er in de wetteksten staat. Het grootste deel van de wet betreft juist de individuele problematiek. De oplossingen daarvoor worden echter niet meer uitsluitend in de gespecialiseerde zorg gezocht, zoals die er nu uitziet, maar nu ook in de *community-based* zorg. Zie de citaten uit de conceptwetteksten iets verderop in deze tekst.

- c. het bevorderen van de opvoedvaardigheden van de ouders, opdat zij in staat zijn hun verantwoordelijkheid te dragen voor de opvoeding en het opgroeien van jeugdigen;*
- d. het inschakelen, herstellen en versterken van de eigen mogelijkheden en het probleemoplossend vermogen van de jeugdige, zijn ouders en de personen die tot hun sociale omgeving behoren, waarbij voor zover mogelijk wordt uitgegaan van hun eigen inbreng;*
- e. het bevorderen van de veiligheid van de jeugdige in de opvoedsituatie waarin hij opgroeit, en*
- f. integrale hulp aan de jeugdige en zijn ouders, indien sprake is van multiproblematiek.*

Het veelvuldig gebruik van de termen opvoeden en opgroeien, opvoedkundig, het sterk contextgerichte (in gezinnen, wijken, buurten, scholen, kinderopvang en peuterspeelzalen), het benadrukken van de eigen verantwoordelijkheid en het gebruik maken van eigen krachten en die van het sociale netwerk kan gezien worden als een duidelijke breuk met de huidige, sterk professioneel en diagnosegestuurde hulp. Men zou kunnen zeggen dat een 'behandelparadigma' vervangen wordt door een 'pedagogisch paradigma'. Uiteraard zijn de wetteksten nog maar papier en is het de vraag of het werkveld deze omslag kan volgen. Daarnaast is het een zeer complexe bestuurlijke operatie: de meest omvangrijke decentralisatie die in Nederland ooit is uitgevoerd. Het is niet waarschijnlijk dat deze in één beweging succesvol gerealiseerd kan worden. Niettemin lijkt er serieus gezocht te worden naar een nieuwe invulling van de hulp bij het opvoeden en opgroeien. De stelselherziening is daarmee niet alleen een bestuurlijk-organisatorische operatie en een bezuinigingsoperatie, maar een heroverweging van inhoudelijke keuzes die decennialang, ogenschijnlijk zonder na te denken, gemaakt zijn.

Een pedagogische lente?

Het verlangen naar opvoeden (vrij naar Dekker, 2006) lijkt terug bij politici, beleidsmakers en opinionleaders in het jeugdveld. De behoefte ontstaat om alle kinderen weer als 'opvoedelingen' te zien. Ook de kinderen die een genenpakket hebben waardoor ze iets of soms heel veel anders reageren dan doorsneekinderen (in zoverre het doorsneekind bestaat). Ook de kinderen die ervaringen hebben gehad waardoor ze de volwassenen, of de buitenwereld in het algemeen, niet meer zo zien zitten. Of kinderen die juist ervaringen gemist hebben waardoor ze niet voldoende geëquipeerd zijn om lekker mee te doen aan de samenleving. Of kinderen die ouders hebben die zo weinig van de opvoedingskaas gegeten hebben dat ze gedwongen worden hulp te accepteren. Veel van deze kinderen hebben hulp nodig, maar men wil die hulp vooral richten op het zoveel mogelijk meedoen als autonome en sociale burgers. Dat is het primaire doel. Autonomie en sociaal gedrag zijn opvoedingsdoelen, geen selectiecriteria waarmee kinderen virtueel of daadwerkelijk uit de samenleving gehaald kunnen worden om eerst 'gerepareerd' te worden voor ze weer mogen meedoen. Specifieke behandeling kan in die visie soms nodig en nuttig zijn, maar moet passen in een 'opvoedplan' en niet omgekeerd. Een gerichte behandeling voor een posttraumatische stressstoornis, bijvoorbeeld na ernstig geweld, kan belangrijk zijn om een kind spanningsvrij te laten omgaan met zijn leef- en opvoedsituatie. Maar die opvoedsituatie moet dan wel gewoon kunnen doorgaan. En niet alle kinderen met een traumatische ervaring hoeven behandeld te worden; de meeste kinderen overwinnen de impact van zo'n ervaring vooral door steun en begrip van hun directe naasten. Daar is zelfs in de internationale *mental health* literatuur overeenstemming over. Het verlangen naar opvoeden is echter pril. Hoewel het beleid zich in de afgelopen twee jaar razendsnel in die richting ontwikkeld heeft, kan er nog lang niet gesproken worden van een systematische reformbeweging. Wellicht kunnen we spreken van een veelbelovende pedagogische lente. De eerste zwaluwen moeten echter nog opduiken. En ook dan is het nog geen zomer. Daarvoor is vooral nodig dat het beroepenveld in de jeugdsector in beweging komt.

De pedagogische beroepen en de pedagogische lente

Een van de standaardreacties van professionals en instellingsmanagers op het nieuwe beleid zoals hierboven beschreven, is 'dat doen we al'. Dat geluid wordt regelmatig gehoord in alle sectoren die met de inhoudelijke omslag in de jeugdzorg, in de GGZ en in de jeugdbescherming en jeugdreclassering worden geconfronteerd. De vraag is of dat wel zo is. In een onderzoek naar nieuwe interventies voor gezinnen met meerdere problemen vergeleken Schamhart en Colijn (2012) verschillende programma's en vergeleken die met de principes van het wraparound care-model (WCM, zie Hermanns, 2012). WCM is een 'metamethodiek' die de inhoudelijk goed past bij de uitgangspunten van de stelselherziening. De kern van het WCM bestaat uit een aantal principes en een stapsgewijze aanpak die in verschillende hulpverleningscontexten op een verschillende manier moet worden uitgewerkt en georganiseerd. De daadwerkelijke uitvoering wordt weer afgestemd per casus. Het WCM leidt tot een manier van werken die én werkt met één plan per gezin, én community-based werkt, én werkt met de eigen kracht van gezinnen, én sociale netwerken activeert, én de samenwerking regisseert én, indien nodig, gebruik maakt van specialistische hulp. Hierbij wordt steeds uitgegaan van een empowered en sociaal-ecologisch perspectief op het ondersteunen en helpen van gezinnen (Hermanns, 2010, 2012; Bruns et al., 2004). Bijzonder aan het WCM is dat herstel van regie en sturing door het gezin zelf vooropstaat. WCM richt zich dan ook op doelen zoals de gezinnen deze zelf benoemen. Hierbij wordt verondersteld dat doelbereik ook leidt tot verbeteringen in gezins- en kindfunctioneren. In het onderzoek van Schamhart en Colijn werden 10 methodieken die in de praktijk worden toegepast bij gezinnen met meervoudige problemen getoetst aan de principes van WCM. Geen der methodieken paste de WCM-principes consequent toe. 'Wijkgericht werken' blijkt relatief weinig methodisch te zijn uitgewerkt. Dit geldt ook voor de principes 'teamwerk' en 'eigen kracht als basis'. Dit onderzoek betreft relatief weinig voorkomende methodieken die expliciet *community-based* willen werken. Zelfs daar is nog een weg te gaan om dit ook daadwerkelijk in de praktijk te brengen. Het overgrote deel van de huidige schil van tweedelijnszorg om kinderen, jongeren en gezinnen heen heeft het community-based werken niet als uitgangspunt en heeft dus een nog langere weg te gaan.

Voor de pedagogische beroepen zal er dus nogal wat veranderen. De belangrijkste veranderingen zijn: het activeren van eigen mogelijkheden en verantwoordelijkheden van kinderen, jongeren en opvoeders, vraaggestuurd en niet diagnosegestuurd werken, gericht werken aan het autonoom en sociaal kunnen meedoen in de samenleving, gericht op het activeren van sociale netwerken, gericht op het gezinnen helpen aansturen van professionele netwerken en gericht op de materiele kant van het gezinsleven. Dit vraagt dus ook professionals die autonoom en sociaal kunnen werken. Bij deze beroepsinvulling past geen werk dat gestuurd wordt door vaste protocollen of werkschema's van instellingen of managers. Per individuele situatie zullen keuzes gemaakt moeten worden, waarbij vooral kinderen, jongeren en opvoeders aan het stuur gezet worden en niet de organisaties die de hulpverlener leveren. Dit betekent een ontwikkeling van een ambachtelijke uitvoering van werkschema's en protocollen naar een professionele uitvoering van geïndividualiseerde interventies. Dit lijkt in tegenspraak te zijn met de wens om evidence-based te werken. De evidente wijst er echter juist op dat werkwijzen die geïndividualiseerd en gecontextualiseerd zijn, het meest effect hebben (Hermanns, 2010). Mijn indruk is dat de opleidingen in het sociale domein van de Nederlandse hogescholen die kant wel op willen en ook proberen steeds meer die kant op te gaan met hun opleidingen SPH, Pedagogiek en CMV. De beroepsverenigingen (NVO met name) is zich druk aan het oriënteren. De GGZ kiest steeds meer voor vermaatschappelijking. Aan de universitaire opleidingen in de (ortho)pedagogiek lijken deze ontwikkelingen voorbij te gaan. Het diagnose-behandelparadigma is daar nog dominant. En dat is jammer. Een tegenstelling dreigt tussen de community-based werkende hbo'ers en op individuele behandeling gerichte academici. En dat is een onvruchtbare tegenstelling. Het lijkt alsof de universitaire pedagogiek, na het grondslagenonderzoek nu ook de ware pedagogische dimensie in het hulpverleners gaat verliezen. Ik zou zeggen: buiten is het lente: ga een frisse neus halen.

Literatuurverwijzingen

- Allen, B. S., & Vacca, J. S. (2011). Bring back orphanages - an alternative to foster care? *Children and Youth Services Review*, 33(7), 1067.
- Barnes, J., Katz, I., Korbin, J., & O'Brien, M. (2006). *Children and families in communities. Theory, research, policy and practice*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Barth, R. (2005). Foster home care is more cost effective than shelter care: Serious questions continue to be raised about the utility of group care in child welfare services. *Child Abuse and Neglect*, 29, 623-625.
- Bot, S. (Ed.) (2013). *Terecht in de jeugdzorg. Voorspellers van kind- en opvoedproblematiek en jeugdzorggebruik*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Bronfenbrenner, U., & Ceci, S. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspective: A bioecological model. *Psychological Review*, 101(4), 568-586.
- Bucx, F. (Ed.). (2011). *Gezinsrapport 2011. Een portret van het gezinsleven in Nederland*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- De Kinderombudsman (2012). *De ondertoezichtstelling bij omgangsproblemen*. Den Haag: De Nationale Ombudsman.
- Dekker, J. (2006). *Het verlangen naar opvoeden*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Deković, M., Asscher, J., Hermanns, J., Reitz, E., Prinzie, P., & Akker, A. van den (2010). Tracing change in families who participated in the Home-Start parenting program: Parental sense of competence as mechanism of change. *Prevention Science*, 11(3), 263-274.
- Dumaret, A., & Rosset, D. (2005). Adoption and child welfare protection in France. *Early Child Development and Care*, 175(7&8), 661-670.
- GGZ-Nederland. (2013). Factsheet jeugd-GGZ. Utrecht: GGZ-Nederland.
- Hanrath, J. (2013). *De groepsleider als evenwichtskunstenaar. Het dagelijks werk op de leefgroep in een justitiële jeugdinrichting*. Utrecht: Boom/Lemma.
- Henggeler, S., & Schoenwald, S. (2011). Evidence-based interventions for juvenile offenders and juvenile justice policies that support them. *Social Policy Report*, 25(1), 1-20.
- Hermanns, J. (2009). *Het opvoeden verleerd*. Amsterdam: Vossiuspers UvA.
- Hermanns, J. (2010). Goed geregelde jeugdzorg? In H. Pijnenburg (Ed.), *Zorgen dat het werkt. Werkzame factoren in de zorg voor jeugd* (pp. 61-79). Amsterdam: SWP.
- Hermanns, J. (2011). Jonge mantelzorgers: slachtoffers of helden. *Jeugdbeleid*, 5(3), 165-180.
- Hermanns, J. (2012). Het herstel van het gewone leven. In P. van der Doef (Ed.), *De kracht van het opvoeden. Pedagogisch werkzame factoren in jeugdzorg en onderwijs*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Hermanns, J., Asscher, J., Zijlstra, B., Hoffenaar, P., & Deković, M. (2013). Long-term changes in parenting and child behavior after the Home-Start family support program. *Children and Youth Services Review*, 35(), 678-684.
- Hermanns, J., Venne, L. van de, & Leseman, P. (1997). *Home start geëvalueerd*. Amsterdam: SCO Kohnstamm Instituut.
- Hoek, M. (2008). *Ontheemd ouderschap. Betekenissen van zorg en verantwoordelijkheid in beleidsteksten opvoedingsondersteuning*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Horst, W. ter (2006). *Het herstel van het gewone leven*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghem.
- Kesselring, M., & Winter, M. de (2013). Allemaal opvoeders in de pedagogische civil society. Naar een theoretisch raamwerk van een ander paradigma voor opgroeien en opvoeden. *Pedagogiek*, 33(1), 5-20.
- Laan, A. van der, & Blom, M. (Eds.). (2011). *Jeugdcriminaliteit in de periode 1996-2010*. Den Haag: WODC/Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Morales, L. A., Garrido, V., & Sánchez-Meca, M. (2010). *Treatment effectiveness in secure corrections of serious (violent or chronic) juvenile offenders*. Stockholm: Swedish National Council for Crime Prevention, Information and Publications.

- Nijhof, K., Veerman, J.W., Engels, R., & scholte, R. (2011). Compulsory residential care: An examination of treatment improvement of individual and family functioning. *Children and Youth Services Review*, 33, 1779-1785.
- Peccora, P., Kessler, R., O'Brien, K., Roller White, C., Williams, J., Hirpi, E., . . . Herrick, M. (2006). Educational and employment outcomes of adults formerly placed in foster care: results from the Northwest Foster Care Alumni Study. *Children and Youth Services Review*, 28, 1459-1481.
- Pieterse, K., Luman, M., Patternotte, A., & Oosterlaan, J. (2013). Leerkrachtinterventies voor de aanpak van ADHD in de klas: een overzicht van effectstudies. *Kind & Adolescent*, 34(1), 2-29.
- Pommer, E., Kempen, H. v., & Sadiraj, K. (2011). *Jeugdzorg in groeifase. Ontwikkelingen in gebruik en kosten van de jeugdzorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling. (2009). *Investeren rondom kinderen*. Den Haag: RMO.
- Reilly, T. (2003). Transitions from care: Status and outcomes of youth who aged out of foster care *Child Welfare*, LXXX11(6), 727-746.
- Roy, P., & Rutter, M. (2006). Institutional care: Associations between inattention and early reading performance. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(5).
- Roy, P., Rutter, M., & Pickles, A. (2000). Institutional care: Risk from family background or pattern of rearing? *Journal Child Psychology and Psychiatry*, 41, 139-149.
- Roy, P., Rutter, M., & Pickles, A. (2004). Institutional care: Associations between overactivity and lack of selectivity in social relationships. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(5), 866-873.
- Schamhart, R., & Colijn, J. (2012). *Greep op wraparound care. Eindrapport onderzoeksprogramma Wraparound Care in de Utrechtse Jeugdzorg*. Utrecht: Hogeschool Utrecht.
- Sleeboom, I., Buysse, W., Hermanns, J., & Hilhorst, N. (2009). Back to school. Thuiszitters in de GGZ Kinderen en Jeugd Rivierduinen. Woerden/Amsterdam: H&S Consult/DSP groep.
- Sleeboom, I., Hermanns, J., & Hermanns, V. (2010). Meedoen leer je door mee te doen. Een inventarisatie van de wijze waarop in zorg voor kinderen van 0-12 jaar met beperkingen aandacht besteed wordt aan (toekomstige) maatschappelijke participatie. Den Haag: ZonMw/CrossOver.
- Staal, I., Brink, H. van den, Hermanns, J., Schrijvers, A., & Stel, H. van (2011). Assessment of parenting and developmental problems in toddlers: Development and feasibility of a structured interview. *Child, Care, Health and Development*, 37(4), 503-511.
- Staal, I., Hermanns, J., Schrijvers, A., & Stel, H. van (2013a). Risk assessment of parents' concerns at 18 months in preventive child health care predicted child abuse and neglect. *Child Abuse & Neglect*. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.12.002>.
- Staal, I., Hermanns, J., Schrijvers, A., & Stel, H. van (2013b). Vroegsignalering van opvoed- en opgroei problemen bij peuters: validiteit en betrouwbaarheid van een gestructureerd interview. *Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg*, 45, 7-14.
- Swart, J. de, Broek, H. van den, Stams, G., Asscher, J., & Laan, P. van der (2012). The effectiveness of institutional youth care over the past three decades: A meta-analysis. *Children and Youth Services Review*, 34, 1818-1824.
- Verdurmen, J., Monshouwer, K., Dorsselaer, S. van, Lokman, S., Vermeulen-Smit, E., & Vollebergh, W. (2012). *Jeugd en riskant gedrag 2011. Kerngegevens uit het peilstationsonderzoek scholieren*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Vinnerljung, B., Hjern, A., & Lindblad, F. (2006). Suicide attempts and severe psychiatric morbidity among former child welfare clients- a national cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(7), 723-733.
- Vollenberg, W. (2007). Geestelijke Gezondheid van Adolescenten. In P. van Lieshout, M. van der Meij & J. de Pree (Eds.), *Bouwstenen voor betrokken jeugdbeleid*. Den Haag: Amsterdam University Press.
- Yperen, T. van, & Veerman, J. W. (Eds.) (2008). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.

