

Vooruitzien is beter dan genezen: hoe te voorkomen dat de transitie vastloopt in nieuwe mantra's en ideologieën.

Dorien Graas en Rutger Hageraats¹

Nieuwe mantra's en ideologieën

Het jarenlange getouwtrek tussen rijk, provincie en gemeente over de regie en financiën moet met de transitie van de zorg voor de jeugd naar de gemeenten op 1 januari 2015 verleden tijd worden. Het is goed om zowel bestuurlijk en financieel als zorginhoudelijk de jeugdhulp samen te brengen. Dat betekent ook, in weerwil van wat van velen uit de gespecialiseerde zorg vinden, dat de Jeugd-GGZ, de sector voor mensen met een (licht) verstandelijke beperking en het gedwongen kader onderdeel worden van de gemeentelijke taak om ouders en kinderen te voorzien van goede zorg.

De inhoudelijke doelstellingen van de transitie zijn om een transformatie teweeg te brengen: een visie waarin een andere manier van denken en werken aan de basis ligt van professioneel handelen. De uitgangspunten van jeugdhulp zijn geformuleerd in termen van het klein houden van opvoedproblemen, ontzorgen en normaliseren, de pedagogische civil society, eigen kracht, goedkoper, minder dure specialistische zorg. Ze vormen de ideologische basis voor het nieuwe stelsel, waarin ook de (bestuurlijke) organisatie en financiering in één hand is gelegd.

In de aanloop naar de transitie van alle jeugdzorg naar de gemeenten blijkt echter dat het ingezette beleid in de praktijk weerbarstig, beperkt en riskant kan zijn. Weerbarstig omdat de ideologische basis voor het nieuwe jeugdzorgstelsel vooral uit de koker van de eerstelijns jeugdzorg is gekomen en als zodanig met argwaan overgenomen wordt door de gespecialiseerde zorg, die zich sowieso tot het laatste moment verzet tegen de transitieplannen. Beperkt omdat een goede visie ontbreekt op wat goede zorg nou eigenlijk is. Wanneer kun je het klein houden? Wanneer zet je specialistische zorg in en durf je in het belang van het kind ook ingrijpende maatregelen te nemen? Riskant ook omdat in de uitwerking in de praktijk vooral wordt geleund op de civil society, wijkteams aan de voorkant, generalisten en hogere drempels voor inzet specialistische zorg.

Er dreigen nieuwe mantra's en ideologieën te ontstaan die straks verdere vernieuwing in de weg staan, met het risico van een nieuwe tegenreactie. Onze insteek is dat we de beperkingen en risico's voor kunnen zijn met de kennis van vandaag. Wij richten ons in dit artikel op drie aspecten (dilemma's) die belangrijk zijn voor de aansluiting tussen gespecialiseerde zorg en eerstelijnszorg. Dat is ten eerste de erkenning van de grenzen van de generalistische hulpverlener, ten tweede het voorkomen van een nieuwe waterscheiding tussen basisvoorzieningen, eerstelijns en tweedelijnszorg, en ten derde de grenzen aan datgene waarin gemeenten afzonderlijk kunnen voorzien.

Durf te ontzorgen, maar durf ook direct gespecialiseerde zorg in te zetten

Het zorginhoudelijke vraagstuk is dat veel opvoed- en opgroeioproblemen in de samenleving, met relatief bescheiden middelen en gebruik makend van de pedagogische civil society, heel goed oplosbaar of hanteerbaar te maken zijn. Vooral dat laatste is belangrijk. We kunnen niet alles oplossen; opvoeden gaat niet zonder slag of stoot. Kinderen en volwassenen hebben soms problemen, en steeds

¹ Dorien Graas is zelfstandig onderzoeker, adviseur en publicist jeugd- en gezinszorg. Rutger Hageraats is programmamanager Transitie Jeugdzorg / Om het kind Gemeente Amsterdam. De auteurs schreven dit paper in mei 2014 op verzoek van de RMO en de RVZ, als input voor een verkenning naar kwetsbare kinderen en de jeugdzorg.

weer is de vraag: kun je daarmee leven zonder ongelukkig te worden en toch goed participeren in de samenleving, of is er ook medische of psychiatrische zorg nodig?

Bij kinderen en jongeren is er soms meer aan de hand. We weten tegenwoordig veel over risico's die maken dat kinderen later juist niet gelukkig opgroeien, participeren in de samenleving en zelf een goede ouder worden. We weten veel over hechtingsproblemen en welke gevolgen die hebben, over trauma's als gevolg van kindermishandeling of ernstige vormen van verwaarlozing, over gevolgen van loverboy-problematiek, over specifieke psychische en gedragsstoornissen waardoor kinderen moeilijk hanteerbaar zijn voor de omgeving, enzovoort.

Maar kinderen zijn méér dan hun problemen. In het benadrukken van medische en/of psychiatrische beelden schuilt het gevaar het alledaagse te vergeten. Kinderen kunnen van het 'gewone' enorm opknappen. Daarom moet je overal werken aan het herstel van het gewone leven (ofwel normaliseren). Altijd is normaliseren en oplossingen zoeken binnen een veilige pedagogische omgeving noodzakelijk. Ook bij specialistische zorg. Dat is niet voorbehouden aan zorg door pedagogen: we zijn allemaal opvoeders. We schreven daar eerder over in een artikel in *Pedagogiek in Praktijk* (Graas en Van Dijke 2014¹).

Maar we weten ook dat in genoemde situaties inzet van generalisten aan de voorkant, samen met inzet van het eigen netwerk, veelal onvoldoende zal zijn, omdat veel stoornissen en trauma's gezond en veilig opgroeien in de weg staan en deze alleen met specialistische zorg opgelost of hanteerbaar gemaakt kunnen worden. Dan is te lang modderen aan de voorkant – het *stepped care*-concept – juist schadelijk. Er wordt te laat specialistische zorg ingezet. Of de verkeerde zorg. Ook dat hebben de evaluaties van het oude stelsel laten zien. In het oude jeugdzorgstelsel was er niet alleen sprake van versnippering en verkokering, maar zagen we ook een veel te grote groep kinderen met vroegtijdige ontwikkelingsproblemen aan wie wij met zijn allen geen adequate zorg konden bieden. Met als gevolg dat kinderen permanent in de jeugdzorg blijven, van de ene opvang naar de andere gaan, en dat jongeren boven een bepaalde leeftijd dermate afwijkend gedrag vertonen dat ze alsnog ontsporen. En dat sommige van hen de problemen één-op-één overdragen aan hun eigen kinderen.

Drie dilemma's in de aansluiting tussen jeugdzorg en gespecialiseerde zorg

Het is bijzonder dat deze problematiek in de beleidsdoelstellingen niet of nauwelijks een plek krijgt. Het moet allemaal eerder, kleiner, dichterbij. Maar is het daarmee ook goede zorg? Wij vrezen dat de eerdergenoemde beleidsdoelen mantra's worden die goede zorg in de weg staan. Concreet zien wij drie dilemma's opdoemen:

1. Er is veel aandacht voor wijkteams en generalisten aan de voorkant van de zorg. Maar als het effect is dat specialistische zorg te veel naar achteren wordt gedrukt, als *ultimum remedium*, schiet verandering in aansluiting en samenwerking zijn doel voorbij. Er zijn namelijk grenzen aan wat een generalistische aanpak zonder betrokkenheid van het juiste specialisme aankan. Er zijn grenzen aan wat hbo-generalisten kunnen zien en herkennen, laat staan wat ze kunnen oplossen. Wijkteams zonder inbreng van specialisten worden voor de problemen waar we het in dit artikel over hebben, krachteloze instituties. Daarvoor is een cultuuromslag nodig in de specialistische zorg. De zorg vanuit de Jeugd-GGZ geeft nu vaak niet thuis als er geen duidelijke diagnose gesteld kan worden, maar daarmee is een generalistische hulpverlener die geconfronteerd wordt met bijvoorbeeld gedragsproblemen niet geholpen. Welke aanpak dan nodig is, moet op zijn minst ook een vraag voor de specialist blijven zijn, zoals uit de hierna volgende casus blijkt.

Een professional van een wijkteam begeleidt een alleenstaande moeder met ernstige psychische en lichamelijke klachten, en haar dochter van 7 jaar met gedragsproblemen, maar zonder diagnose. Twee oudere kinderen wonen niet meer thuis. Bij de zoon is PDD-Nos gediagnosticeerd. Na een ziekenhuisopname van de moeder is via het bieden van praktische hulp gewerkt aan het winnen van vertrouwen van moeder. Maar is er voor de dochter nog niet de goede specialistische hulp gevonden. De betrokken GGZ-instelling geeft aan niet te weten of in staat te zijn iets te ondernemen omdat er geen diagnose gesteld kan worden. Daarmee is er geen grond voor behandeling of begeleiding. De professional van het wijkteam staat vervolgens met lege handen, maar geeft eigenlijk aan behoefte te hebben om met een specialist te kunnen 'sparren' over mogelijke interventies: wat kan dan wel?

Dit is een voorbeeld van doorgeschoten eerste- en tweedelijns denken en terugdringen van gespecialiseerde zorg. Durf in zulke situaties meer te pionieren in het samenwerken, luidt het advies aan instellingen.

2. De wens om dure specialistische zorg te verminderen, problemen klein te houden en met meer inzet van eigen netwerken op te lossen, heeft inhoudelijke en financiële redenen. Maar zo'n beleidsideologie moet geen blauwdruk worden en daarmee nieuwe schotten veroorzaken tussen de verschillende zorgvoorzieningen. Want een jeugd-zorgstelsel dat te veel is gericht op het klein houden van zorgproblemen maakt het tijdig en zonder ingewikkelde indicaties inzetten van specialistische zorg moeilijk. Terwijl die inzet soms erg gewenst en noodzakelijk is.

Wij pleiten niet voor het openzetten van de sluizen naar specialistische zorg en al helemaal niet naar nieuwe medicalisering. Een effectieve poortwachtersfunctie is zeker nodig. Maar het is een misvatting dat het op afstand houden van specialistische zorg inhoudelijk altijd beter of goedkoper is. Integendeel, soms wordt de zorg er alleen maar duurder van, juist bij ernstige ontwikkelingsproblemen bij kinderen of opvoedmachteloosheid bij ouders. Er zijn voorbeelden te over van kinderen waarbij sprake is van mishandeling door de ouder(s) en te lang is gewacht met ingrijpen (zie De Ruiter en Öry 2013ⁱⁱ). Vooral bij de kleinste kinderen geldt dat er bij elk gemist jaar (en maand!) sprake is van zich steeds meer vastzettende hechtings- en daarmee opgroeioproblemen als gevolg van de enorm traumatische ervaringen.

Een effectief jeugdzorgstelsel hanteert een fluïde scheiding tussen de verschillende onderwijs-, opvoed- en zorgvoorzieningen. Op basis van de kennis en deskundigheid die er nu al is over doelgroepen en patronen bij vaker voorkomende problemen, kunnen goede en multidisciplinaire zorgprogramma's worden ontwikkeld met een juiste mix van generalistisch en specialistisch aanbod, waarin het eigen netwerk en het versterken van het pedagogisch klimaat altijd noodzakelijke elementen zijn. Dat vraagt om professionals die kunnen reflecteren op wat er aan de hand is, wat er goed gaat en welke stappen er genomen moeten worden bij ingewikkelde vragen, omdat er niet altijd gemakkelijke en risicoloze oplossingen zijn (Van Montfoort 2013ⁱⁱⁱ). Dat vraagt om multidisciplinaire wijkteams van professionals, en om snel schakelen en consulteren van specialisten. En dat vraagt om een overheid die komt met een consistenter beleid waarin discretionaire ruimte is voor hulpverleners en tegelijkertijd ruimte voor burgers voor het bedenken van arrangementen in de opvoeding. En om de zorg betaalbaar te houden zijn intelligentere instrumenten denkbaar.

3. Specialistische zorg is duur en beperkt voorhanden. Dat vraagt om organiseren en financieren op een bijpassend schaalniveau. Daarmee komen we bij de derde mantra van de transitie: dat zo veel mogelijk op gemeentelijk niveau georganiseerd en gefinancierd moet worden. Regionale samenwerking wordt in de huidige transitie opgezet voor inkoop van specialistische zorg. Maar het gaat bij veel gemeenten niet van harte, ze benaderen het meer als een noodzakelijk kwaad. En dat is een groot risico. Want sommige zorgvormen vragen bij uitstek

om bovenregionale organisatie en financiering. Want dat is de optimale schaal voor een kwalitatief hoogwaardige en efficiënte (lees zo goedkoop mogelijke) bedrijfsvoering. Een doorgeschoten decentralisatie kan speciaal opgebouwde en specialistische expertise die landelijk werkt, doen verdwijnen. Gemeenten moeten dat onder ogen zien en niet te bang zijn om op bovenregionaal niveau, en daarmee buiten de gemeentegrenzen, te blijven samenwerken. Het veelgebruikte argument van het democratische tekort is een drogredenering omdat het afleidt van de inhoud van de zorg. Een gemeenteraad of college heeft er vooral belang bij dat bepaalde zorg voorhanden is en tijdig beschikbaar is voor de burgers van de eigen gemeente. Over welke zorg beschikbaar moet zijn en op welke schaal, laten zij zich het beste adviseren door deskundigen. Dan zal blijken dat het advies over bepaalde specialistische expertise voor de kinderen en gezinnen in Den Haag niet wezenlijk anders is dan voor die in Appelscha.

Twee vragen moeten dan worden beantwoord:

- Hoe combineren gemeenten lokale autonomie met verantwoord organiseren van bovenregionale zorg?
- En hoe maken we die zorg bereikbaar en snel beschikbaar, zonder dat de link met het lokale netwerk verloren gaat?

Samenvattend

De samenleving, en in navolging daarvan het overheidsbeleid, kent golfbewegingen. Maar elke keer anders. Laten wij de pendule niet te veel laten doorschieten, maar van deze transitie een transformatie maken die anticipeert op de nu al voorspelbare correcties. Gewoon omdat we daar de inhoudelijke kennis voor hebben, omdat de deskundigheid beschikbaar is en omdat kinderen en ouders niet geholpen zijn met nieuwe mantra's en ideologieën.

ⁱ D. Graas en A. van Dijke (2013). Durf te ontzorgen, maar... Durf ook direct gespecialiseerde zorg in te zetten! In: PIP*78, Pedagogiek in Praktijk Magazine, jg. 2014, nr. 78, p. 44-47.

ⁱⁱ De Ruiter, C. en F. Öry (2013). Kindermishandeling, voer die adviezen nou eens uit. In: *NRC Handelsblad*, 20 november 2013.

ⁱⁱⁱ Montfoort, A. van (2013). *Kinderbescherming: de terugkeer van de burger*. Mulock Houwer-lezing. Woerden/Leiden/Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut / Adviesbureau Van Montfoort / Het Kinderrechtenhuis.