

Wat is je droom? Waar word je blij van?

Linda Terpstra en Anke van Dijke¹

Zelfregie, ontzorgen, (de)medicaliseren, normaliseren, versterken van de eigen kracht van kinderen, ouders en hun sociaal netwerk. Het zijn de principes geworden van de transitie en de transformatie. Mooi! Wie zou hier geen bijdrage aan willen leveren? Curieus is echter dat normaliseren en het versterken van de eigen kracht voorbehouden lijkt te zijn aan de basisvoorzieningen en de generalisten. Sterker nog, de gespecialiseerde zorg lijkt een bedreiging te vormen voor deze principes: daar word je afhankelijk van specialisten (die weten wat goed voor je is), daar word je een patiënt met een stoornis, daar lossen ze problemen op met pillen. Daarom moet de inzet van de tweede lijn worden teruggedrongen en de inzet van de eerste lijn worden versterkt. In deze paper staan we stil bij deze aannames en houden we een pleidooi voor *matched care* en geïntegreerde zorg.

Tussen problematiseren en normaliseren

Het problematiseren en het overnemen van verantwoordelijkheden is niet voorbehouden aan de gespecialiseerde zorg. Ook maatschappelijk werkers, welzijnswerkers en leerkrachten moeten op dit punt een omslag maken. Een wethouder vertelde onlangs een aansprekend voorbeeld. In zijn regio was er een basisschool waar de helft van de kinderen behandeld werd voor ADHD of een andere stoornis. De school had veel drukke kinderen, zo druk dat het niet meer 'normaal' was. Deze kinderen werden naar de GGZ gestuurd. De school had zich niet afgevraagd of de drukte van de kinderen te maken zou kunnen hebben met het pedagogisch basisklimaat van de school. Immers, onvoldoende structuur en duidelijkheid lokt druk gedrag uit bij kinderen. De wethouder vroeg zich dit wel af. Hij vond het niet 'normaal' dat zo veel kinderen van één school voor behandeling naar de GGZ moesten. Een mooi voorbeeld waarin niet alleen de tweede lijn, maar ook de basisvoorzieningen 'problematiseren' in plaats van 'normaliseren'.

Trouwens, ook een mooi voorbeeld van een wethouder die voor de inhoud gaat. Een ander voorbeeld van te veel problematiseren en te weinig normaliseren komt van Meike, een meisje met forse problemen dat was opgenomen in een kliniek voor kinder- en jeugdpsychiatrie. Over die kliniek zegt ze: 'Het was eigenlijk heel normaal om gek te zijn. In de kliniek begon ik in mijn eigen haar te knippen, en doordat ik niet at of het er weer uitging, ging daar eerst de aandacht naar uit. Mijn eetproblemen en mijn wens om er niet meer te zijn, stonden centraal in de therapie. Ik belandde uiteindelijk in het ziekenhuis.' Na haar ziekenhuisopname kwam ze terecht in een kliniek waar het 'normale' leven op de eerste plaats stond: naar school gaan, koken, sporten ... Natuurlijk kwam ze zichzelf daarbij tegen en moest ze aan de slag met haar 'stoornis'; met haar straatvrede, haar eetprobleem, haar (seksuele) trauma's en haar negatieve zelfbeeld. Meike weigerde al jaren om met haar ouders te praten want 'die hadden het allemaal verkloot'. De nieuwe kliniek stelde echter als voorwaarde dat ze het gesprek met haar ouders aanging. Over de periode in deze kliniek zegt ze: 'Woorden die ik bedenk als ik aan die tijd terug denk: structuur, regels en duidelijkheid, aandacht, betrokkenheid, warmte, toekomstgericht, perspectief en uitdagend. Er werd naar

¹ Linda Terpstra en Anke van Dijke vormen de Raad van Bestuur van Fier. 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.

alles gekeken. Ook naar het contact met je ouders. Je werd gestimuleerd om weer het beste uit jezelf te halen. Ik besloot mijn oude opleiding weer te gaan volgen. Ik vocht en de leiding en mijn ouders vochten mee. Ik ben weer opgebloeid! Ondanks een rotverleden kun je gelukkig wel een mooie toekomst hebben. En dat was denk ik de kracht van de behandeling die ze gaven: de kracht van mensen naar boven halenⁱ.

Pedagogisch klimaat veronachtzaamd

De noodzaak van opvoeden en de kracht van het pedagogisch basisklimaat zijn in de afgelopen periode veronachtzaamd en in de vergetelheid geraakt. Dit geldt niet alleen voor het pedagogische klimaat in wijken, het onderwijs en verenigingen, maar ook voor de gespecialiseerde zorg. Veel problemen kunnen voorkomen of gereguleerd worden als hier meer aandacht naar uitgaat. De principes van de transitie, de transformatie en de pedagogische civil society gelden evengoed voor de basiszorg als voor de complexe gespecialiseerde zorg. Juist voor de meest complexe doelgroep valt misschien wel de meeste winst te behalen. Zowel bij enkelvoudige als bij meervoudige complexe problematiek zou de normale ontwikkeling van kinderen uitgangspunt moeten zijn.

Zomaar wat vragen vanuit een pedagogisch perspectiefⁱⁱ:

Hoe kan het dat een meisje, dat vanwege loverboy problematiek gesloten is geplaatst, tijdens haar verlof haar tijd doorbrengt bij haar 'foute' vrienden? Iedereen weet dat het gebeurt en toch laten we haar op verlof gaan.

Hoe kan het dat het residentiële voorzieningen niet lukt om ouders te betrekken bij de behandeling en dat we dit accepteren door aan te geven dat ouders 'hulpverleningsmoe' zijn of dat het gewoon 'moeilijke' ouders zijn? Dat is toch ons werk: werken met 'moeilijke' ouders en 'moeilijke' kinderen?

Hoe kan het dat we meiden van 12, 13 of 14 jaar oud in de crisisopvang plaatsen omdat het thuis uit de hand is gelopen, terwijl er in de crisisopvang nauwelijks of geen toezicht is? Meisjes die om 9.00 uur de crisisopvang uit moeten en pas om 17.00 uur weer naar binnen mogen. Meisjes die tijdens hun verblijf in de crisisopvang hun eerste, vaak niet gewenste, seksuele ervaring opdoen.

Hoe kan het dat we in de residentiële zorg meisjes en jongens op dezelfde gang laten slapen met alleen cameratoezicht?

Hoe kan het dat kinderen die, soms vele jaren, in internaten hebben gezeten geen diploma hebben? Heeft niemand oog voor de toekomst van deze kinderen?

Hoe kan het dat een instelling die met kinderen werkt zich profileert als een affectief neutrale instelling? Dat wil zeggen een instelling die aangeeft dat je kinderen niet mag aanraken of een knuffel mag geven.

Opvoeding, opvoedingsverantwoordelijkheid nemen, inzetten van de pedagogische civil society horen overal aan de basis te liggen. Niet alleen thuis, op school of in de wijk, maar (juist) ook in de reguliere en de gespecialiseerde jeugdzorg. De *bottomline* is de vraag of je hetzelfde zou hebben gedaan als het je eigen kind was geweest. En als we onszelf die vraag werkelijk zouden stellen, dan weten we waar het schuurt in de basiszorg en de gespecialiseerde zorg, waar het knelt en wat ons te doen staat.

Matched Care

De gespecialiseerde zorg staat ter discussie. Sterker nog, er zijn nogal wat mensen die de gespecialiseerde zorg wantrouwen. Men denkt dat veel te vaak veel te dure zorg onnodig wordt ingezet. In het voorbeeld van de school is het evident dat de problemen waar de school mee worstelt beter vanuit een

pedagogische insteek opgelost kunnen worden dan vanuit een medische insteek met bijvoorbeeld Ritalin. Zowel de school als de behandelaren van de GGZ hadden kritischer moeten zijn. Er is natuurlijk niets mis met kritisch zijn over de gespecialiseerde en zorg en hier vragen over stellen. Graag. Maar wat ook waar is, is dat er met veel kinderen en jongeren veel te lang wordt aangerommeld. Te denken valt aan professionals in de basiszorg die de signalen niet zien (of negeren) dat het mis dreigt te gaan en pas verwijzen naar de gespecialiseerde zorg als het helemaal uit de hand is gelopen. Als er sprake is van een crisis. Of de richtlijn dat er gewerkt moet worden vanuit het *stepped care*-principe. Dit betekent dat je begint met lichte zorg. Als dat niet werkt, wordt er opgeschaald naar iets zwaardere zorg. En als dat niet werkt, naar nog zwaardere zorg. Tegen de tijd dat kinderen en hun ouders bij de juiste zorg zijn beland, hebben ze al een groot aantal faalervaringen achter de rug en zijn niet zelden gedemotiveerd geraakt voor hulp. 'Het werkt toch niet.' Laten we *stepped care* afschaffen. Voor ouders en kinderen betekent het soms tien mislukte hulpverleningstrajecten voordat zij de juiste zorg krijgen. Wat een lijdensweg. We moeten direct de juiste zorg bieden: *matched care*.

Kleine problemen moet je klein houden. Grote en complexe problemen moeten grondig en tijdig worden aangepakt. Maar of de problemen nu groot of klein zijn, enkelvoudig of complex, een duurzame (jeugd)zorg vraagt én om normaliseren en samenredzaamheid én om het in één keer goed en tijdig inzetten van gespecialiseerde zorg.

Wat is je droom? Waar ben je goed in? Waar word je blij van?

Kinderen en ouders die te maken krijgen met hulpverleners hebben wel een probleem, maar ze zijn niet hun probleem. Ze zijn in de eerste plaats mens. Hoe ziet hun leven eruit en wat hebben ze nodig om in hun kracht te komen? Daarin zouden de basiszorg én de gespecialiseerde zorg zich moeten onderscheiden van de huidige zorg- en welzijnsconcepten. Het accent moet liggen op de toekomst. Op ambities en dromen. We vragen kinderen, jongeren en ouders met wie we werken: 'Waar ben je goed in?', 'Waar word je blij van?' en 'Wat is je droom?'. Die vragen zijn minstens zo belangrijk als de vraag 'Wat is er aan de hand?'. Positieve ervaringen en succeservaringen bieden een tegenwicht tegen klachten en problemen. Daarom is het belangrijk dat kinderen en jongeren, naast het feit dat ze hulpverlening en behandeling krijgen, 'gewoon' naar school gaan, sporten en werken of vrijwilligerswerk doen. Want als de behandeling geslaagd is, maar een jongere heeft geen diploma, dan hebben we het niet goed gedaan.

Laten we eens écht werk maken van ontschotten en het tegengaan van versnippering

De schotten in de basiszorg en de gespecialiseerde zorg staan nog recht overeind. Misschien wel steviger dan ooit. Terwijl de transitie en de transformatie bedoeld zijn om de versnippering en de segmentering van de zorg tegen te gaan (ontschotten), vindt de transitie volledig gesegmenteerd plaats. Als we dit vraagstuk niet met elkaar oplossen, blijven de organisatie en de financiering van het sociale domein, de gespecialiseerde zorg en het onderwijs leidend in plaats van de dromen en ambities van kinderen, jongeren en hun ouders.

Complexe problematiek vraagt om integrale en samenhangende oplossingen. We moeten stoppen met kinderen, jongeren en hun ouders 'op te knippen' in stukken. Een stuk beschermd wonen, een stuk traumabehandeling, een stuk onderwijs enzovoort. Op deze manier raken we volledig het zicht kwijt op de samenhang van de problematiek. Zo is bekend dat kinderen die te maken hebben met kindermishandeling vaak concentratieproblemen hebben op school en vaak

worden gepest en buitengesloten door leeftijdgenoten. Het is ook bekend dat een aanzienlijk deel van de jongeren in de residentiële en klinische zorg een verleden heeft van verwaarlozing, misbruik en mishandeling. Daarom zou onderwijs bij hen topprioriteit nummer 1 moeten zijn. Maar in de (jeugd)zorg is dit niet het geval. Hulpverleners zijn bezig met hulpverlening. Hun focus ligt niet op onderwijs. Bovendien staan wet- en regelgeving het in de weg om extra in te zetten op onderwijs. Alle kinderen zijn voor wet- en regelgeving gelijk. Een gelijke behandeling in ongelijke situaties geeft echter onrechtvaardige uitkomsten. Zonder diploma hebben deze kinderen nauwelijks kans op een toekomst. Zwart-wit gezegd: behandeling geslaagd, toekomst verprutst. Het is essentieel om bij complexe meervoudige problematiek met programma's te werken waarin (jeugd)zorg, (jeugd-)ggz, vrije tijd, sport, onderwijs en het sociale domein volledig geïntegreerd zijn en elkaar versterken.

Generalisten-specialisten & Specialisten-generalisten

Meervoudige complexe problematiek kenmerkt zich door problemen op meerdere levensterreinen. Dit betekent dat ook het specialisme en de expertise van meerdere disciplines noodzakelijk zijn.

Een voorbeeld. Fier biedt deeldagbehandeling aan gezinnen waarbij een of meer kinderen at risk zijn voor een ondertoezichtstelling of een uithuisplaatsing. Bij de gezinnen die deelnamen aan de pilot was sprake van hardnekkige problematiek die al vele jaren bestond. De intensieve hulp van de laatste jaren had onvoldoende resultaat. De situatie in de gezinnen leidde ertoe dat de ontwikkeling van de kinderen zodanig stagneerde dat, als er niets zou gebeuren, binnen afzienbare tijd werd ingegrepen met een kindbeschermingsmaatregel. De kinderen zijn in de vroege puberteit. Zij vertonen vermijdend gedrag, (posttraumatische) stressreacties als gevolg van misbruik en/of moeilijk te corrigeren opstandig of depressief gedrag. De kinderen hebben moeite met de bij hun leeftijd passende ontwikkelingsstaken, zoals het maken van vrienden en zichzelf vermaken. Alle moeders hebben een lage sociaal economische status, zijn getraumatiseerd geraakt in hun eigen verleden en vertonen (trekken van) persoonlijkheids-problematiek op het gebied van borderline en vermijding. De enige vader die deelneemt, is een beschermd opgevoede middenstander met narcistische trekken. Alle gezinnen ontberen een netwerk.

De ouders zijn van mening dat de oorsprong van de gezinsproblemen in de kinderen ligt en zien niet in dat de problemen geworteld zijn in hun eigen persoonlijke problematiek. Voor zover zij al vinden dat het probleem niet bij de kinderen ligt, zijn zij van mening dat het aan de andere ouder ligt. Alle volwassenen hebben weerstand tegen het spreken over hun eigen verleden in relatie tot de huidige gezinsproblematiek. Ook de kinderen weigeren tot dat moment over hun misbruikverleden te praten. Allerlei praktische problemen dragen in deze gezinnen bij voortdurend bij aan een crisisachtige en instabiele sfeer. Bijvoorbeeld problemen met de uitkering, woonsituatie of schulden. Hierdoor zijn de ouders op momenten meer bezig met praktische vraagstukken dan met de behandeling.

De hoofdbehandelaar wil graag stevig en intensief samenwerken met de sociale wijkteams (generalisten). Successen in de behandeling staan onder druk door praktische problemen. Als de deurwaarder op de stoep staat, hebben ouders geen ruimte voor behandeling. Stress brengt ook terugval met zich mee. Andersom is het ook waar dat als de persoonlijkheidsproblematiek van de ouders opspeelt, het maar al te snel misgaat in het alledaagse leven.

Voor de kinderen is het belangrijk dat er stabiliteit is. Vanuit de gespecialiseerde zorg kan worden gewerkt aan de persoonlijkheidsproblematiek, de relatieproblematiek en de traumakenmerken die voor instabiliteit in de gezinnen zorgen. Vanuit het sociale wijkteam zou de instabiliteit op praktische en regelzaken aangepakt kunnen worden. Ook zou er vanuit het sociale wijkteam aandacht uit kunnen gaan naar opvoedingsondersteuning, ouderschapsvaardigheden, verstevigen van het sociale netwerk, zorgdragen dat de kinderen naar sport kunnen enzovoort. Op deze manier kan er weer een stabiel opvoedings- en ontwikkelingsklimaat ontstaan.

Een ander voorbeeld. De 'hoogste' specialisten - zoals psychiaters, psychotherapeuten, klinisch psychologen en GZ-psychologen - zijn niet drempelloos te raadplegen. Deze specialisten komen pas in beeld als er via diagnostiek vastgesteld is dat er sprake is van forse 'stoornissen' volgens de DSM-IV. Fier is een pilot gestart waarbij generalisten iedere dag rechtstreeks de 'hoogste' specialisten kunnen raadplegen. Een interessante pilot. We hopen zo meer zicht te krijgen op vraagstukken waar generalisten een 'niet pluis'-gevoel bij hebben en te leren hoe specialistische kennis en expertise zo eenvoudig en zo vroeg mogelijk ingezet kunnen worden zodat we enerzijds een systeem van *matched care* kunnen ontwikkelen en anderzijds generalisten kunnen toerusten zodat er minder snel naar de gespecialiseerde zorg verwezen hoeft te worden.

Tot slot: wij zijn van mening dat het centraal stellen van de 'normale' ontwikkeling en opvoeding de sterkste impuls is voor ontzorgen en demedicaliseren. Dit geldt zowel voor de basiszorg als voor de gespecialiseerde zorg. Dit neemt niet weg dat gezinnen bij complexe meervoudige problematiek over het algemeen baat hebben bij ondersteuning vanuit de basiszorg en de gespecialiseerde zorg. Deze moet echter niet na elkaar (opschalen en afschalen), maar juist gelijktijdig worden ingezet. Generalisten en specialisten werken in deze situaties met gezamenlijke doelen en een gezamenlijk plan van aanpak.

ⁱ Uit: Werson, S., A. de Wind, M. Talhout en L. Terpstra (2012). *Wie zijn de meiden van Asja. De gang naar de jeugdprostitutie*. Amsterdam: SWP.

ⁱⁱ Uit: 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.