



TOEKOMSTWIJZER JEUGD

2020 - 2025

Onder redactie van mr.drs. J. J. Brouwer

Dr. Dorien Graas, Lector Jeugd Windesheim, Zwolle

Dr. Rob Gilsing, lector Jeugdhulp in Transformatie, Haagse Hogeschool

Dr. Peer van der Helm, lector Residentiële Zorg, Hogeschool Leiden

Professor dr. Ron Scholte, hoogleraar Orthopedagogiek: Gezin en Gedrag, Radboud Universiteit Nijmegen

Professor dr. Robert Vermeiren, hoogleraar Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Rijksuniversiteit Leiden

Dr. Bert Wienen, Associate Lector, Lectoraat Jeugd, Hogeschool Windesheim

Professor dr. Tom van Yperen, bijzonder hoogleraar Monitoring en Innovatie, Rijksuniversiteit Groningen



INLEIDING

Voor u ligt de Toekomstwijzer Jeugd. Deze toekomstwijzer is tot stand gekomen op basis van gesprekken met een aantal deskundigen in samenspraak met de betreffende denktank. Het is een van de zes Toekomstwijzers die het platform Koplopers in de Zorg in 2020 wil publiceren. De andere Toekomstwijzers zijn de Toekomstwijzer Kwetsbare groepen, de Toekomstwijzer Ouderen, de Toekomstwijzer GGZ, de Toekomstwijzer Ziekenhuiszorg en de Toekomstwijzer Management, Organisatie & Medewerkers. Alle Toekomstwijzers worden besproken op invitationale conferenties van de respectievelijke denktanks. Op deze invitationale conferenties worden de Toekomstwijzers vertaald naar de praktijk van organisaties, professionals en gemeentes. De thema's die daar uit naar voren komen, worden onderdeel van de Agenda voor de toekomst, de meerjarige roadmap van het platform Koplopers in de Zorg.

BEWEGING 2025/AGENDA VOOR DE TOEKOMST

KOPLOPERS IN DE ZORG

Koplopers in de Zorg heeft op verzoek van een aantal organisaties begin 2019 twee projecten geïnitieerd, te weten Beweging 2025 en Agenda voor de toekomst.

Beweging 2025

De Beweging 2025 is een vereniging i.o. met als doel de zorg een volgende stap in zijn ontwikkeling te laten zetten. Uitgangspunten van Beweging 2025 zijn:

- meer vertrouwen in mensen en organisaties en daardoor minder bureaucratie
- minder administratieve lasten en daardoor meer vrijheid voor mensen in de zorg
- politieke beslissingen die getoetst zijn op zinvolheid en ervaringsfeiten
- gebruiken van wetenschappelijke inzichten om besluiten te onderbouwen
- ontwikkelen en uitdragen van een inspirerend en uitdagend beeld van de zorg in de toekomst.

De vereniging zorgt er voor dat de uitgangspunten levend blijven en inspireert mensen en organisaties om het anders te gaan doen. Om haar doelen te bereiken wil de vereniging de denk- en doekrachten van de wetenschappers, professionals, organisaties en cliënten rondom een aantal

strategische thema's bundelen. De toekomstwijzers vormen daar de basis van. Er zijn toekomstwijzers voor de sectoren Kwetsbare groepen, GGZ, Ouderen, Jeugd en Ziekenhuiszorg.

Agenda voor de toekomst

Beweging 2025 heeft ook een eigen agenda om van denken naar doen te komen, de *Agenda voor de toekomst*. De Agenda wordt gevoed door de thema's uit de Toekomstwijzers en hun vertaling naar zorgorganisaties, thema's die door zorgbestuurders worden benoemd en thema's die cliënten aandragen. In deze Agenda analyseren wij met onze partners deze thema's en gaan na hoe we het beste op deze thema's kunnen inspelen met inachtneming van de uitgangspunten van Beweging 2025. Een en ander gebeurt in de vorm van zogenaamde zorgtafels en learning communities.

Aan de *zorgtafels* zijn (vertegenwoordigers van) alle stakeholders te vinden: zorgbestuurders, cliënten, medewerkers, overheid en wetenschap. De zorgtafels hebben als doel om knelpunten op macroniveau te identificeren, analyseren en van een oplossing te voorzien. Door alle partijen rond de tafel te zetten moet het mogelijk zijn om een gezamenlijke taal te ontwikkelen, samen onderwerpen te analyseren en samen stappen te zetten naar de oplossing.

Learning communities werken specifieke onderwerpen met betrekking tot management, organisatie en medewerkers uit, ze werken van denken naar doen en zoeken praktische handvatten. Voorbeelden van onderwerpen zijn bijvoorbeeld 'netwerkcentrisch werken', 'procesgestuurd organiseren', 'modern leiderschap', 'digitalisering van de zorg' et cetera. In de themagroepen zijn bestuurders, managers, medewerkers en cliënten te vinden.

Als u geïnteresseerd bent om lid te worden van Beweging 2025 of partner van de Agenda voor de toekomst, dan kunt u contact opnemen met het secretariaat: secretariaat@koplopersindezorg.nl

In de volgende hoofdstukken gaan we allereerst in op de huidige situatie en aandachtspunten binnen de jeugdzorg. In het tweede hoofdstuk gaan we in op toekomstige ontwikkelingen en de mogelijkheden die deze bieden en de veranderingen die binnen de jeugdzorg en alle betrokken organisaties moeten plaatsvinden. In het laatste hoofdstuk gaan we in op de wetenschap en de paradigmashift die hier van belang is om op een geheel vernieuwde wijze van benaderen van het kind en zijn gezin in de toekomst.



1. ONTWIKKELINGEN AFGELOPEN JAREN

In dit hoofdstuk zullen we eerst stilstaan bij de ontwikkelingen in de afgelopen jaren. We zullen ingaan op de algemene context en de toename in de vraag naar jeugdzorg zoals deze zich na 2000 heeft gemanifesteerd. We gaan ook in op de veranderde visie op de wijze van het benaderen van vragen op het terrein van jeugdzorg en zullen stilstaan bij de aandachtspunten die voortvloeien uit de transitie van de afgelopen jaren.

1.1 Algemene context

Als we het over jeugdzorg hebben, kijken we eigenlijk te beperkt: we beperken ons vaak tot de professionele zorg voor kind en jongere terwijl het in feite moet gaan over het gezin en de brede context waarin kinderen opgroeien. En als we het over het gezin hebben zou meer aandacht moeten zijn voor de kunst van het opvoeden en het ontwikkelen van een veilig opvoedklimaat, oftewel aandacht voor het onderwerp *'you need a village to raise a child'*. Het pedagogische of opvoedklimaat waarbinnen een kind opgroeit is van groot belang voor zijn ontwikkeling tot volwassene. Met het gezin en zijn omgeving als uitgangspunt zouden de professionals ook meer ruimte moeten krijgen hun vak uit te oefenen in plaats van binnen strikte kaders te opereren, waartoe ze nu door wet- en regelgeving worden gedwongen. Deze professionele ruimte moet uitgaan van de principes écht doen wat nodig is en handelen alsof het je eigen kind betreft. Hierbij moeten we ons realiseren dat de jeugdzorg gedurende afgelopen honderd jaar sterk van karakter is veranderd: terwijl rond 1900 de focus lag op het pedagogisch ideaal van het gezin, is deze focus in de loop der tijd verschoven naar het falen van het gezin, terwijl tegenwoordig de eigen kracht als uitgangspunt meer en meer centraal is komen te staan. Daarbij probeert men vat te krijgen op de specifieke en individu gebonden situatie van het kind. Een en ander vertaalt zich in allerlei risico-inventarisaties voor kind en gezin en preventieve maatregelen, veelal vanuit een klinisch-medische perspectief.

Naast diverse verschuivingen in perspectief is de jeugdzorg meer en meer ingekapseld geraakt in allerlei bestuurlijke logica en financieringsprincipes, waardoor men de oorspronkelijke bedoeling uit het oog heeft verloren, namelijk het stimuleren dat een kind zo goed, veilig en gezond mogelijk kan



opgroeien. We zijn steeds meer het opvoeden gaan problematiseren en opvoeding aan professionals over gaan laten. Bij jeugdhulp wordt door allerlei wet- en regelgeving steeds minder vanuit de vraag en behoeftes van het gezin geredeneerd, maar vanuit het aanbod. En dat aanbod wordt vooral bepaald door het inkoopbeleid van de regio en gemeenten. Die denken bijvoorbeeld in termen van het inkopen van 100 dyslexie-interventies, los van de vraag of daar ook noodzaak en behoefte naar is. Deze inkoop schept op haar beurt haar eigen vraag: als aanbieder zet je natuurlijk 100 – dyslectie-interventies af, anders word je dief van je eigen portemonnee. Dit geldt natuurlijk lang niet voor alle gemeenten, maar is wel illustratief voor de omslag in denken en het effect dat wijze waarop soms met inkoop wordt omgegaan, heeft.

En dat terwijl je toch weer steeds terug moet naar de basis vraag: wat is nu eigenlijk de beste hulp en zorg voor dit kind in deze specifieke situatie. Dat is ook de basis van de nieuwe Jeugdwet, die het belang van de combinatie *demedicaliseren*, *normaliseren* en *ontzorgen* en ook steeds meer het belang van investeren in een stevig sociaal pedagogische omgeving en netwerk rondom kinderen en gezinnen benadrukt. De systemen en structuren die de jeugdzorg omgeven, zijn echter nog lang niet zover.

De nieuwe Jeugdwet kent 5 uitgangspunten:

- Preventie en uitgaan van eigen verantwoordelijkheid en eigen mogelijkheden van jeugdigen en hun ouders, met inzet van hun sociale netwerk;
- Demedicaliseren, ontzorgen en normaliseren door onder meer het opvoedkundig klimaat te versterken in gezinnen, wijken, scholen en in voorzieningen als kinderopvang en peuterspeelzalen;
- Eerder de juiste hulp op maat te bieden om jeugdigen en gezinnen zo snel mogelijk, zo dichtbij mogelijk en zo effectief mogelijk hulp te bieden met aandacht voor de (kosten)effectiviteit van de geboden hulp;
- Integrale hulp aan gezinnen volgens het uitgangspunt één gezin, één plan, één regisseur;
- Meer ruimte voor professionals om de juiste hulp te bieden door vermindering van regeldruk



1.2 Aandachtspunten bij de toename van de zorgvraag

Als we kijken naar de aantallen dan is een van de meest opmerkelijke ontwikkelingen de toename van het aantal jeugdigen dat in de afgelopen jaren een beroep op de jeugdzorg heeft gedaan: terwijl dit in het jaar 2000 125.000 jongeren bedroeg (4% van het totaal aantal jongeren), is dit in 2019 opgelopen tot 400.000 (12,5%), oftewel 1 op de 8 jongeren heeft met jeugdzorg te maken. De grootste stijging vond plaats in de periode 2000 – 2009, de groei is na 2015 afgevlakt. De vraag dringt zich meteen op wat hier aan de hand is.

De eerste reden is dat jongeren tegenwoordig onder andere omstandigheden opgroeien en de rol van de ouders is veranderd. Terwijl het aantal psychosociale problemen gelijk is gebleven, is het aantal echtscheidingen toegenomen, evenals de prestatiedruk en het gebruik van social media, allemaal zaken die tot problemen aanleiding kunnen zijn. Daarnaast worden wellicht 'gewoon' gedrag meer geproblematiseerd: drukke kinderen krijgen makkelijk de diagnose ADHD, niet goed kunnen meekomen krijgt de diagnose dyslexie of hoogbegaafdheid. Veel van dit problematiseren heeft te maken met de 'geluksfactor': mensen hanteren een hoge geluksnorm, alles wat daar niet aan voldoet, levert teleurstellingen op, die moeten worden verklaard. In het verlengde daarvan moeten kinderen aan steeds hogere eisen gaan voldoen. Als die niet worden gehaald, wordt er al snel een reden gevonden, die niet zelden aanleiding is op het terrein van de om jeugdzorg in te roepen. Hierbij wordt vooral gekeken naar risico's en negatieve factoren in plaats van deze te accepteren en het kind zijn eigen ontwikkelingsweg te gunnen. Een en ander leidt tot een groeiende vraag naar jeugdzorg.

Psychologie en pedagogiek/jeugdzorg en onderwijs

We moeten ook kritisch kijken naar de toename aan jeugdzorg vanuit het oogpunt van pedagogiek : er wordt niet alleen steeds meer 'afwijkend' gedrag onder jongeren beschreven, er worden ook steeds nieuwe behandelvormen geïntroduceerd. Dit maakt dat er een autonome groei in de vraag naar jeugdzorg aan het ontstaan is. Deze voorkant met angst, depressiviteit en dyslexie als grote onderwerpen levert makkelijk klanten en is ook een groeiemarkt voor psychologen, als dan niet in dienst van reguliere instellingen. Daar liggen ook de institutionele belangen om in het kader van de continuïteit van de organisatie op deze markt actief te zijn en blijven. Door deze verschuiving naar de 'voorkant' ontstaat er steeds minder aandacht voor de jongere en het gezin die dat het écht nodig



hebben maar moeilijker te behandelen zijn heeft en vaak een specialistische aanpak nodig hebben. De vraag is hoe we de kennis op peil houden en hoe we kennisontwikkeling op dit terrein kunnen blijven stimuleren.

Het bovenbeschevene is het symptoom van het steeds verder oprukken van de psychologie op het terrein van de pedagogiek, van jeugdzorg op het terrein van onderwijs. Het onderwijs neemt op veel punten het denken, de taal en de wijze van werken van de psychologie over. Een biomedische benadering van de vraag/klacht van de patiënt hoort hier bij: men wil eerst alles weten voordat men met een specifieke methodiek aan de gang gaat. Redenerend vanuit pedagogisch standpunt daarentegen gaat men altijd aan de slag, of het kind nu iets 'heeft' of niet iets 'heeft'. De pedagogiek gaat daarbij, meer dan het biomedische, uit van de relatie als beïnvloedingsinstrument. Deze verschuiving van pedagogiek naar psychologie vertaalt zich ook in het onderwijs: de psychologie-opleidingen zitten vol en de PABO daarentegen is veel minder populair. Deze ontwikkeling wordt versterkt doordat steeds meer gedrag van jongeren als abnormaal wordt beschouwd en ook als zodanig los van de context wordt geclassificeerd. Daardoor hebben vanuit het oogpunt van de psychologie steeds meer kinderen hulp nodig, terwijl ook andere verklaringmodellen, bijvoorbeeld vanuit pedagogisch perspectief, mogelijk zijn. Zo gaat bijvoorbeeld het aandachtig volgen van jongeren (*watchful waiting*) er van uit gaat dat bepaald gedrag past bij een normale fase in de ontwikkeling of dat bij het veranderen van de context het probleem zichzelf oplost. En dat is een van de andere problemen: de context – als voorbeeld de school – stelt steeds hogere eisen aan jongeren: zo gaan de normen van de CITO-toets omhoog, hebben ouders steeds hogere verwachtingen waaraan kinderen steeds vaker niet kunnen voldoen en daardoor buiten de boot vallen. De OESO als een ander voorbeeld stelt als norm voor de ideaaltypische scholier/student van de toekomst dat men goed moet kunnen presenteren voor groepen. Jongeren die dat niet goed kunnen hebben dan een probleem, waar ongetwijfeld een aanbod voor zal komen. Op deze wijze neemt vanuit allerlei kanten de druk op de jongere, zijn ouders en leraren voortdurend toe en dat leidt tot steeds meer uitvallers.

Daarnaast houdt men ook geen rekening met het relatieve leeftijdseffect: binnen een klas kan het verschil in leeftijd oplopen tot anderhalf jaar. Doordat het 'regime' op school steeds strakker wordt, gaan steeds meer kinderen 'vreemd' gedrag vertonen, gedrag dat overigens wel bij hun leeftijd past. De jongste kinderen in de klas vallen op deze wijze het snelst buiten de boot. Sommige kinderen hebben gewoonweg nog niet de leeftijd dat ze lang stil kunnen zitten en vertonen dus storend



gedrag in de klas. Dit volledig bij de leeftijd passend gedrag wordt gepsihologiseerd en van een passende oplossing voorzien, terwijl het waarschijnlijk in de loop der tijd vanzelf verdwijnt doordat de kinderen ouder worden.

Er zijn met andere woorden veel ontwikkelingen gaande die leiden dat steeds meer gedrag als afwijkend beschouwd wordt. De context en ontwikkelingen in de context leiden tot 'afwijkend' gedrag bij kinderen waarmee de ouders of de school zich vervolgens tot jeugdzorg richten. Dit leidt tot een autonome groei van de vraag naar jeugdzorg, terwijl als we het kind zijn ontwikkeling gunnen of het belang van allerlei testen relativeren – we worden immers niet allemaal astrofysicus – het kind de kans krijgt om zelf zijn kracht te vinden.

Social media

Een complicerende factor binnen de maatschappij zijn de sociale media, die de maatschappij – zeker voor jongeren – complexer hebben gemaakt. Jongeren tussen 12 en 16 jaar en dan met name de meisjes, zijn erg gevoelig en kwetsbaar, waardoor sociale media een grote impact op hen kunnen hebben. De onzekerheid die eigen is aan de puberteit wordt versterkt doordat te vaak op sociale media de perfectie wordt gepredikt, of doordat psychologische problemen daar uit context en buitenproportioneel worden gepresenteerd. Jongeren kunnen dit nog niet in perspectief plaatsen. Dit heeft in het bijzonder impact op kwetsbare jongeren. Tegelijk is de wereld verwarder geworden: er ontbreekt een helder beeld van de wereld zoals deze in werkelijkheid is, jongeren worden alleen met extremen geconfronteerd, waarbij influencers een belangrijke rol spelen. Dit zijn allemaal ontwikkelingen die bijdragen aan een groeiende problematiek onder jongeren. De uitdaging is om de discussie met elkaar aan te gaan, een en ander in een bredere context te plaatsen en op deze wijze vat te krijgen op de ontwikkelingen, zowel op wetenschappelijk als op praktisch niveau.

Werking van het huidige stelsel

Daarnaast is de zorg toegankelijker geworden: in het kader van de transitie naar gemeenten, kreeg de jeugdzorg meer toegangen op lokaal niveau. Dit verklaart deels de groei in vraag conform het adagium hoe toegankelijker, des te meer mensen er gebruik van gaan maken. Nu jeugdzorg meer en meer in wijkteams wordt ondergebracht, zie je deze groei alleen maar verder toenemen, simpelweg omdat de zorg nog toegankelijker is geworden. Voor een deel valt deze groei in vraag te verklaren



doordat de gemeenten in het kader van de transformatie weliswaar de jeugdzorg dicht bij de burger hebben gepositioneerd, maar nog niet toe zijn gekomen aan het tweede deel van de transformatie: preventie en het stimuleren van de kwaliteit van het opgroeien en opvoeden van kinderen in hun omgeving (gezin, school, kinderopvang, sportvereniging etc.). Daarbij dient men rekening te houden met de grotere context: de gemeenten kregen bij de transformatie niet alleen 15% minder budget, maar ook weinig tijd om de transformatie tot stand te brengen. Bovendien bepaalt niet alleen de gemeente de toegang tot de jeugdzorg, maar instroom is ook mogelijk via de huisarts of de rechter. Deze combinatie van bezuinigingen, korte tijdspanne voor de invoering, geen sturing op instroom en een steeds betere toegankelijkheid liggen mede aan de basis van de toegenomen vraag.

1.3 Aandachtspunten bij visie op benaderingswijze

De laatste decennia is de nadruk binnen het vak steeds meer op classificatie op basis van beoordeling van het individu aan de hand van specifieke criteria komen te liggen. Deze criteria zijn te sterk gebaseerd op observaties op groepsniveau, te statisch en te individueel. Wat voor een groep geldt, geldt doorgaans niet voor een individu, waardoor er een discrepantie is ontstaan tussen de classificatie en dat wat de cliënt daadwerkelijk nodig heeft. Een classificatie - een stornis conform specifieke criteria (in Nederland doorgaans DSM) - is men tegelijk steeds meer gaan beschouwen als een diagnose, en dus een indicatie voor een specifieke behandeling. Deze werkwijze heeft geleid tot vernauwing van de werkelijkheid. Deze is veel dynamischer: bij jongeren zijn de ontwikkeling, sterktes en kwetsbaarheden en niet te vergeten de omgeving en met name de interactie met de omgeving essentieel om hun specifieke situatie te begrijpen. We zullen ons breder moeten oriënteren, ons richten op het verhaal van de individuele jongere en op een verhalende diagnose. Daarin moeten we meer oog hebben voor de dynamiek in de vorm van ontwikkeling van de jongere: de ervaring leert dat naarmate de tijd verstrijkt veel problemen vanzelf oplossen, terwijl andere verergeren. Nauwe classificatie gerichte diagnostiek kent grote gevolgen, waarvan niet in het minste is dat jongeren zich er maar al te vaak niet in herkennen. De jongeren zelf hebben het over het creëren van een papieren werkelijkheid, waarin ze hun eigen situatie niet herkennen. Dat is uiteraard geen goede start voor behandeling.

Historische context en haar gevolgen

Er is in de afgelopen jaren een andere benaderingswijze opgekomen. Deze benadering vereist dat de wetenschap meer oog moet hebben voor het persoon: wat er toe doet, moet per individu worden bepaald. Dit vereist een ander vorm van onderzoek, waarbij niet langer groepen met elkaar worden vergeleken en elk individu aan die groep wordt getoetst, maar waar oog is voor het verhaal van de individuele jongere. Deze andere benadering is niet alleen relevant voor de kind- en jeugdpsychiatrie maar strekt zich verder uit: omwille van het terugbrengen van de diagnostische diversiteit wilde men na de Tweede Wereldoorlog eenheid creëren in de psychiatrie, wat heeft geleid tot de DSM en omschreven classificaties. Men dacht dat we door een medisch model te adopteren we net als in de rest van de geneeskunde helder omschreven 'stoornissen' zouden kunnen onderscheiden. Er is echter onderschat dat psychische problematiek individueel enorm varieert en bij uitstek dynamischer en context- en tijdsgebonden is. Niet enkel in de kindpsychiatrie, ook bij volwassenen. De buitenwereld heeft dit medische model omarmd omdat termen als ADHD, autisme et cetera houvast geven en klachten duiden. De overheid en zorgverzekeraars zagen hun kans om het allemaal inzichtelijk te maken. Bij elke classificatie hoort een omschreven pakket en specifieke meetbare behandeling. Hierdoor hebben we ons vervreemd van wat jongeren en hun gezinnen nodig hebben. Kortom, er is een spanning tussen de huidige wijze van werken enerzijds en de ervaringen van jeugdigen en hun gezin en de veranderde visie die men heeft op de zorg anderzijds.

Sequentiële dienstverlening en lineaire vraagstelling: een andere benadering

De consequentie van het huidige systeem is een bepaalde, rechte wijze van denken. De professional wordt door de opzet van het systeem gedwongen het medisch somatisch denkmodel als leidraad te hanteren, waarbinnen het lineair denken overheerst: men gaat er van uit dat een interventie net als bij een gebroken been, het probleem oplost. De ervaring leert dat dit in de somatische zorg voor een deel van de patiënten klopt, maar ook daar is het bij anderen vaak een zoektocht, zie bijvoorbeeld de zorg voor de oudere patiënt. In de jeugdzorg gaat de cliënt als een bepaalde interventie niet werkt, verder naar een volgende instelling die weer een andere interventie probeert. Al dan niet met succes. Men realiseert zich te weinig dat de jeugdzorg vooral sociale vraagstukken betreft. In het verlengde daarvan zou men de stap moeten durven zetten van een *therapiegestuurde lineaire benadering* naar een *vraaggestuurde circulaire benadering*. Daarbij zou



men moet durven zeggen dat als een interventie niet werkt, dit niet wil zeggen dat deze in de toekomst of onder andere omstandigheden nooit zal werken. Er zou ook meer een lerende aanpak moeten worden gebruikt, die voortborduurde op het gebruik van bestaande kennis en ervaring en deze koppelt aan een specifieke cliënt. Dit lukt alleen maar als men doorvraagt, waarbij de volgende vragen de (Jim van Os 2015) hupverlener en jeugdige een aardig eind op weg zouden kunnen helpen:

- wat is er gebeurd?
- waar zit je kwetsbaarheid/weerbaarheid?
- waar wil je naartoe?
- wat heb je nodig?

Maar let wel, elk gesprek gaat anders, een professional moet inspelen op de ander, wat op dat moment nodig is om contact te leggen en vervolgens te weten wat speelt. Soms is de eerste vraag, denk je dat Oranje gaat winnen? In het huidige systeem komt vaak niet naar boven wat er in werkelijkheid aan de hand is: met dissociatie en self silencing als verdedigingsmechanisme worden traumatische ervaringen als misbruik weggestopt en komt de echte reden voor het gedrag niet aan het licht. Dan moet je wel weten en voelen wanneer en hoe door te vragen en ook hier zijn geen standaard lijstjes beschikbaar en komt het op de kennis, vaardigheden en houding van de professional neer. Dit zoeken naar staat haaks op de wijze waarop nu door middel van een classificatie een bepaalde diagnose tot stand komt.

Overintellectualisering

Overintellectualisering en detaillering is een van de terugkerende thema's uit de andere sectoren en ook van toepassing in de jeugdzorg. We zouden wat dat betreft weer terug moeten naar 'Ockham's razor', oftewel de wet van de spaarzaamheid met als stelling dat wanneer er verschillende hypothesen zijn die een verschijnsel in gelijke mate kunnen verklaren, de hypothese gekozen moet worden die de minste aannames bevat. Oftewel: eenvoudige oplossingen gaan voor. In deze context is de DSM veel te reductionistisch en analyserend en kunnen veel problemen in de jeugdzorg worden opgelost door langs de lijnen van deze basisbehoeften te redeneren:

- verbondenheid: heb je een goede verbinding met de therapeut en vice versa?
- competentie: wat kun je wel en niet aan?
- autonomie: hoeveel vrijheid heb je?



Als dit positief is, ben je als cliënt gemotiveerd en kan je als therapeut veel bereiken; als dit negatief is, is voortgang alleen mogelijk door middel van extrinsieke motivatie (lees: dwang). Dat werkt maar kort en als therapeut bouw je geen band op met de cliënt wat noodzakelijk voor het herstelproces is.

Onduidelijkheden over effectiviteit interventies

Ook een belangrijk punt van aandacht is dat men in de jeugdzorg nog steeds weinig zicht heeft op de effectiviteit van trajecten in de dagelijkse praktijk. Tegelijk wordt er van wat we wel weten te weinig gebruik gemaakt en wordt er te weinig gestuurd op het gebruik maken van deze kennis.

1.4 Aandachtspunten bij stelselwijziging

Effecten transitie

Naast de eerder beschreven toegenomen vraag en een andere wijze van benaderen heeft zich de afgelopen jaren de transitie voltrokken met als kern de decentralisatie van de jeugdzorg naar de gemeenten, gekoppeld aan een bezuiniging. Deze transitie is veel te snel en onbezonnen ingezet en doorgevoerd. Dergelijke transities kosten nu eenmaal tijd en geld, maar daar heeft men bewust niet voor gekozen. Het resultaat is er naar:

- er zijn lange wachttijden
- het is niet altijd duidelijk of cliënten de juiste zorg krijgen
- beheersmatig werken is de norm.

Daarnaast worden veel trajecten niet afgemaakt omdat onduidelijk is door het stelsel wie uiteindelijk verantwoordelijk is.

Effecten marktwerking

Naast decentralisatie is *marktwerking* een centraal element binnen de transitie. Doordat tegenwoordig de zorg aanbesteed dient te worden, is de onderlinge concurrentie toegenomen. In praktijk blijkt dat niet zozeer op kwaliteit, maar voornamelijk op prijs wordt geconcurrereerd. Jeugdzorgorganisaties worden daardoor gedwongen om tegen lage prijzen een breed pakket aan te bieden en een breed scala aan cliënten te accepteren. Kwaliteit luistert echter nauw. Immers, je bouwt veel meer kennis en ervaring op als je 200 keer per jaar een bepaalde soort problematiek van



een jeugdige of gezin aanpakt, dan wanneer je er maar 2 maal per jaar mee te maken krijgt. Dit is een voordeel van grote instellingen die bovendien ook veel makkelijker 7 x 24 uurszorg kunnen garanderen. Het leveren van passende zorg vraagt dus niet om concurrentie, maar juist om samenwerking van instellingen om jeugdigen en gezinnen met goede deskundigheid en ervaring effectief te kunnen helpen. En samenwerken is in het kader van marktwerking al gauw problematisch. Daarnaast vraagt marktwerking om transparantie van de kwaliteit van de hulp zodat gemeenten het kaf van het koren kunnen scheiden. Probleem is dat het gemeenten ontbreekt aan de informatie om daar een goed oordeel over te vellen. En daarom functioneert de marktwerking niet: zonder zicht op kwaliteit blijft de prijs als concurrentiefactor over.

Organisatorisch administratieve effecten decentralisatie

Medewerkers klagen daarnaast dat ze meer dan 20% van hun tijd aan administratie moeten besteden, hetgeen voornamelijk wordt veroorzaakt door de eisen van de inkoopende partij, de gemeente, en voor een kleiner deel door de toegenomen interne complexiteit. Dat laatste is veroorzaakt doordat de decentralisatie er mede toe heeft geleid dat instellingen zijn gaan fuseren om zich strategisch beter te kunnen positioneren naar de gemeenten. Een bijeffect is dat deze instellingen hierdoor intern complexer zijn geworden en de medewerkers verder van de jongere en het gezin af kunnen komen te staan. Het uiteindelijke resultaat van de toegenomen bestuurlijke complexiteit is dat kinderen en gezinnen het kind van de rekening dreigen te worden. Een positief bijeffect van schaalvergroting is overigens dat het bijdraagt aan het behouden van expertise en ervaring, noodzakelijk om kwalitatief goede zorg te kunnen leveren.

Effecten neoliberal denken: denken in producten en eigen verantwoordelijkheid (Vermeiren)

Het ontwikkelen van een nieuwe visie op jeugdzorg wordt gehinderd door bovenstaande ontwikkelingen. Daarbij hanteren de gemeenten allerlei verschillende modellen om de zorg te typeren, wat onderlinge vergelijkbaarheid of het voeren van een discussie over de visie van waaruit wordt gewerkt, extra moeilijk maakt. Gemeenten neigen jeugdhulp te zien als een geheel van producten, helder omschreven entiteiten te beoordelen op concrete resultaten. Er is bovendien sprake van bredere maatschappelijke ontwikkeling: het neoliberalisme en de individualisering maken het individu verantwoordelijk voor het eigen succes of falen. Vanuit deze optiek wordt de reden voor falen wordt gezocht bij het individu en een DSM – kwalificatie speelt een nuttige rol. Bij



deze medische verklaring kan vervolgens een medische oplossing worden gezocht die het individu weer geschikt voor de maatschappij maakt. Maar zoals we gezien hebben is de werkelijkheid veel complexer en dynamischer dan verwacht. We zullen dus moeten accepteren dat de een sterker en de ander zwakker is, en er niet een eenvoudige oplossing voor sommige problemen bestaat. We zullen naar een maatschappij moeten waar voor iedereen plaats is – ongeacht zijn kunnen - en waar we de verhalen van de mensen accepteren en niet meteen medicaliseren. En tot slot, dat we accepteren dat het verhaal van individuen onderdeel is van het verhaal van de maatschappij als geheel.

1.5 Aandachtspunten uitvoering van de zorg

Ontbreken regie en coördinatie

Als we naar de uitvoering van de zorg kijken, wordt binnen het huidig stelsel een duidelijke regievoering en coördinatie gemist: zie de fouten en incidenten uit het verleden en heden. Er ontbreken functionarissen met het mandaat en de vaardigheden om inhoud en vorm te geven aan deze regie- en coördinatiefunctie. Een voorbeeld van regie en coördinatie zou de combinatie van de gz-psycholoog met orthopedagoog kunnen zijn: ze kunnen samen een team vormen, waarbij de een zich meer op de dynamiek van de context richt, en de ander zich meer richt op de individuele problematiek op psychisch en gedragsmatig gebied. Maar ook methodieken als JIM (Jouw Ingebrachte Mentor) zou het gebrek aan regie en coördinatie kunnen verhelpen. Daarnaast is het zicht op de bredere context van belang: over een probleem bij kinderen kun je immers geen oordeel vellen als je de bredere context van ouders, onderwijs, vrienden, buitenschoolse activiteiten et cetera niet kent. Dit is de randvoorwaarde voor integraal denken: het gezin staat centraal en professionals proberen alles in ogenschouw nemend hun zorgvraag en behoeften te begrijpen.

1.6 Compartementalisering, fragmentatie en ontbreken afstemming op andere domeinen

Het stelsel van de jeugdzorg kenmerkt zich door compartimentalisering en fragmentatie, waarvan de effecten door de recente Jeugdwet overigens bestuurlijk en financieel al kleiner zijn gemaakt. Terwijl de professionals weten dat problemen zich over meerdere levensterreinen uitstrekken, maakt het systeem dat een ieder zich noodgedwongen beperkt tot zijn eigen onderdeel. Wat binnen de jeugdzorg speelt, speelt ook tussen de jeugdzorg en andere domeinen. Als voorbeeld kunnen



gezinnen met meervoudige problemen dienen, een van de vele doelgroepen. Hierbij spelen twee zaken, namelijk de intergenerationele overdracht van problemen en het effect van financiële problemen. De intergenerationele problematiek houdt in dat vaak al bij meerdere generaties dezelfde problematiek speelt en de uitdaging is dit automatisme te doorbreken. Daarnaast blijken financiële problemen vaak de aanleiding te zijn voor allerlei andere, vaak psychische problematiek. Als deze financiële problemen worden opgelost, blijkt er veel weer mogelijk. Dit is dus een belangrijk eerste punt om aan te pakken. Dit voorbeeld onderstreept de noodzaak om breed te kijken en een gecombineerde aanpak te hanteren waarbij men met alle aspecten rekening houdt, en over de grenzen van de domeinen én de tijd heen kijkt om te zien welke interventie wanneer het meest effectief is. En de mogelijkheid krijgt om dit ook daadwerkelijk te doen.

1.7 Personeel

De transitie is gekomen op een tijdstip waarop de economie weer aantrok. Dit heeft net als in andere sectoren van de zorg geleid tot een uitstroom van personeel met als resultaat minder en minder voldoende gekwalificeerd personeel. Deels is men binnen de zorg van de ene naar een andere sector overgestapt, deels van de zorg naar bijvoorbeeld de gemeente, die voor hetzelfde werk een hogere inschaling kan bieden. Tenslotte is een deel via uitzendbureauconstructies aan het werk, waardoor men soms 50% meer is gaan verdienen. Doordat de transitie werd gecombineerd met een forse bezuiniging, is niet alleen de zorg in kwaliteit achteruitgegaan door de uitstroom van medewerkers, maar ook in omvang afgenomen. Dit is de situatie van waaruit weer gebouwd moet gaan worden.



TOEKOMSTIGE ONTWIKKELINGEN

Wat is er nodig om de in het vorige hoofdstuk genoemde ontwikkelingen te keren? We lopen de mogelijkheden hieronder langs.

2.1 Maatschappelijk debat

In de eerste plaats is er een maatschappelijk debat nodig over eerder beschreven toename van de vraag in de afgelopen decennia. Belangrijke eerste vraag is 'hoe willen we onze kinderen opvoeden?' En welke rol vervullen ouders en de maatschappij daarin? Als we kijken naar bijvoorbeeld roken zien we dat maatschappelijke veranderingen breed moeten worden opgepakt willen ze succesvol zijn: zo vereist het ontmoedigen van roken een helder beleid op school, ouders die letten op hun kinderen, gereguleerde sigarettenverkoop en een brede maatschappelijke bewustwording. Hoe breder de verantwoordelijkheden zijn verdeeld en hoe meer mensen er bij betrokken zijn, des te groter is de impact van dergelijke acties. Hetzelfde geldt voor sleutelvragen op het terrein van opvoeding als het omgaan met agressie of drukke kinderen: deze onderwerpen moeten breed worden opgepakt en er moeten veel partijen bij worden betrokken.

2.2 Bredere pedagogische setting

In de toekomst zou de vraag centraal moeten komen te staan hoe het gezin zich binnen een bredere pedagogische setting verder zou kunnen ontwikkelen. Onder een bredere pedagogische setting verstaan we o.a. school, sport, wijkvoorzieningen et cetera, het geheel van de gemeenschap waarbinnen het gezin leeft, de zogenaamde *pedagogische civil society*. Deze pedagogische civil society biedt het gezin de mogelijkheid om te groeien en te bloeien, biedt speel- en ontwikkelingsplekken, ontmoetingsplaatsen voor ouders op school en wijkfuncties. Daarbij moet ook de buurt open staan voor de jongere en deze het gevoel geven welkom te zijn. Nu ervaart men de aanwezigheid van jongeren veelal als ongewenst en onveilig, worden ze genegeerd of weggestuurd. Dit geeft jongeren het gevoel dat ze er niet toe doen, en alleen tot last zijn. Er moet echt naar jongeren geluisterd worden en ze moeten meer bij allerlei activiteiten worden betrokken. En dan niet alleen in de uitvoeringsfase maar ook in de idee- en ontwikkelfase. Op deze wijze worden de jongeren een natuurlijk onderdeel van de wijk. De gemeente is eerstverantwoordelijk voor het



stimuleren van deze bredere pedagogische setting, alle andere organisaties dienen hun steentje bij te dragen.

2.3 Voorbij doelgroepdenken

Een bredere setting vereist ook breder kijken naar andere groepen. Een specifiek probleem voor Nederland is dat men teveel in doelgroepen denkt: ouderen, gehandicapten, jongeren, kinderen. Hierdoor is er een onnatuurlijke scheiding tussen generaties en groepen ontstaan en komt men elkaar niet meer tegen: ieder heeft zijn eigen plek en eigen tijden. Het lijkt wel alsof niemand meer binnen het normale past. Dit is op zich een eigenaardige situatie als men dit vergelijkt met allerlei andere landen, waarin community-leven en familieverbanden heel vanzelfsprekend zijn. Het heeft bovendien grote sociale impact: het voorkomt dat men elkaar ontmoet, elkaars eigenaardigheden leert kennen, elkaar leert waarderen en het frustreert participatie. De oudere voelt zich overigens vaak even ongewenst als de jongere, daarmee de noodzaak voor een civil society onderstrepd. Dit onderscheid wordt versterkt doordat men zich per doelgroep vooral op de problemen fixeert en daar maatregelen voor formuleert.

2.4 De transformatie als kans

Daarnaast zal de transformatie van de jeugdzorg het dominante thema binnen de sector de komende jaren blijven. Deze transformatie kent vijf doelstellingen, die veel mogelijkheden voor ontwikkeling bieden:

- Preventie en uitgaan van eigen verantwoordelijkheid en eigen mogelijkheden van jongeren en hun ouders, met inzet van hun sociale netwerk.
- Demedicaliseren, ontzorgen en normaliseren door onder meer het opvoedkundig klimaat te versterken in gezinnen, wijken, scholen en in voorzieningen als kinderopvang en peuterspeelzalen.
- Eerder de juiste hulp op maat bieden om dure gespecialiseerde hulp te verminderen.
- Integrale hulp aan gezinnen volgens het uitgangspunt 'één gezin, één plan, één regisseur' Door ontschotting van budgetten ontstaan meer mogelijkheden voor betere samenwerking en innovaties in hulp aan jongeren.
- Meer ruimte voor professionals door vermindering van regeldruk.

Hoofdpunten transformatie

- 1) Transformatie is nodig om einddoelen (het gezond, veilig en kansrijk opgroeien van kinderen te realiseren).
- 2) Transformatie is een zaak van vele typen actoren die bij opvoeden/opgroeien betrokken zijn.
- 3) Om die transformatie te realiseren is het nodig dat die actoren in dezelfde richting denken over de centrale elementen van de transformatie (de transformatiedoelen).
- 4) dat gebeurt tot nu toe onvoldoende, om dat wel voor elkaar te krijgen, dient er ruimte te komen: tijd, capaciteit, vertrouwen

Belangrijk punt binnen deze context is de toename van het volume van de zorg aan de jeugd in de afgelopen jaren. Dit leidt meteen tot hogere kosten, een onderwerp dat bij iedereen hoog op de (politieke) agenda staat. Deze volumestijging is al langere tijd geleden ingezet, zoals we hebben gezien, en heeft vooral betrekking op de ambulante jeugdhulp en de jeugd GGZ. Een van de doelen van de Jeugdwet is om deze stijging terug te brengen en het idee is dat de transformatie zal leiden tot een minder groot beroep op jeugdhulp, en in het bijzonder op de specialistische (zware) jeugdhulp. Alhoewel de transformatie centraal zou moeten staan, hebben in werkelijkheid (en logischerwijs) de gemeenten en andere betrokkenen de afgelopen jaren vooral gewerkt aan de *transitie*: de organisatorische, technische, financiële aanpassingen aan de nieuwe wet, daar is veel tijd en energie in gaan zitten. Nu deze grotendeels voorbij is, is er weer meer ruimte en tijd voor de kern van de Jeugdwet en de transformatie met haar doelstellingen en het benutten van de mogelijkheden die de wet biedt.

2.5 Praktische speerpunten binnen transformatie

Als we dan aan de slag gaan dan zouden de volgende praktische speerpunten voorop moeten staan:

- Verbeteren van de pedagogische basis (kinderopvang, school, familie, vrijetijdsvoorzieningen) met daarbij de nadruk op omgaan met heel normaal maar niet altijd gemakkelijk gedrag (omgaan



met koppige kleuters/pubers, agressie, experimenteren met middelen et cetera) en verbeteren pedagogisch klimaat. Daar zijn methoden voor ontwikkeld met goede resultaten. Dit is goed voor de kinderen en de omgeving en levert meteen stressreductie op bij opvoeders.

- Versterken preventie: als men bijvoorbeeld minder pestgedrag wil, zullen er afspraken moeten worden gemaakt tussen scholen én ouders en kinderen, oftewel een brede maatschappelijke aanpak.
- Verbeteren eerste lijn: verbeteren werkwijze van de wijkteams: wat zijn de meest voorkomende vragen en wat zijn de beste aanpakken? En zijn de mensen toegerust om ze toe te passen en al lerend er steeds beter in te worden?
- Versterken duurzame effectiviteit intensievere jeugdzorg: ook hier geldt: weten wat niet werkt en weten wat wel werkt zal de effectiviteit aanmerkelijk vergroten. Dit dient gecombineerd te worden met een brede maatschappelijke aanpak in samenwerking met gemeenten, scholen, sportverenigingen et cetera. Dat betekent dat – wil de zorg een duurzaam effect hebben – deze zorg wordt ingebed in een sterke pedagogische basis, goede (terugval)preventie en een eerstelijns die zo nu en dan wat steun kan bieden.

De extra gelden die in het kader van de transformatie beschikbaar komen, kunnen deze speerpunten versterken. En om dit waar te kunnen maken zou een betere borging van inhoudelijke kennis en ervaring de sector erg vooruit helpen.

2.6 *Betere borging inhoudelijke kennis*

Inhoudelijke kennis vindt lastig een plek in de praktijk en het beleid. We hebben databanken, kenniswerkplaatsen, symposia met best-practices, maar als we echt duurzame veranderingen willen dan komen die alleen tot stand in samenwerking met de mensen om wie het gaat, de ouders en kinderen. Er is veel ervaringskennis buiten de huidige methodieken, we weten veel over wat wel en niet goed werkt bij kinderen. Zo weten we bijvoorbeeld dat repressie bij kinderen niet werkt, dat schreeuwen tegen kinderen averechts werkt, dat 's ochtends pubers weinig kennis opnemen, dat jongeren elke keer een trauma oplopen als ze worden overgeplaatst naar een andere instelling, dat de sociale omgeving en nabijheid het verschil kunnen maken, kennis die wij in de dagelijkse praktijk tegenkomen, maar waar veel professionals niet weten hoe ze het moeten toepassen. Het zou al mooi zijn als we deze kennis meer gingen gebruiken en deze combineren met het bovenstaande, dan hebben we een goede basis voor de zorg voor kind en gezin in de toekomst.

2.7 *Een andere visie en benadering*

Zoals gezegd biedt Inhoudelijk gezien de Jeugdwet voldoende ruimte voor een wijze van benaderen.

We kunnen de volgende uitgangspunten hanteren in onze benadering van het kind en gezin:

- Écht doen wat nodig is gaat uit van de vraag van het kind/gezin, dat moet altijd het startpunt zijn
- we moeten kijken naar de context en het opvoedklimaat rondom gezinnen en niet direct over willen gaan tot diagnoses en risicotaxaties en etiketteren van opvoedproblemen
- onderzoek moet zich meer richten op het verhaal van ouders en kinderen: het narratief. Hiermee wordt gevolg gegeven aan het luisteren naar jongeren en gezinnen, meer verhalen die aanleiding en verloop beschrijven, daar valt inspiratie uit te halen
- we moeten ook durven aandachtig niets doen (watchful waiting), soms helpt tijd enorm.

Maar wellicht het belangrijkste is dat de sector uit een bepaald denkpatroon moet komen: een angstig kind moet niet direct worden gezien als een kind met een angststoornis, waarop een interventie ingezet moet worden en waar men als aanbieder geld voor krijgt. Hulpverleners en ouders worden daardoor verplicht zich naar het 'systeem' te gedragen. Men zou niet meteen moeten denken in termen van stoornissen, maar een pedagogische benadering moeten hanteren. Punt is dat Jeugdhulp inmiddels een markt is geworden. Gemeenten denken in termen van interventies en producten die ingekocht moeten worden, de aanbieder levert die interventies, die vaak aansluit op de opvattingen van de ouders over hun kinderen. Hiermee is er een driehoek ontstaan waarin alle partijen elkaar vinden, waarbij de vraag is of dit recht doet aan de achterliggende vraag van het kind.

Om deze veranderingen te bewerkstelligen moeten de kernprincipes van de jeugdwet, samengevat in écht doen wat nodig is en handel als ware het je eigen kind richtinggevend zijn voor professionals, beleidsmakers, politiek en bestuurders van instellingen. Hierbij kan evidence based werken in de brede definitie als uitgangspunt dienen: men werkt op basis van wetenschappelijke kennis, ervaringskennis van professionals en de voorkeuren van cliënten (definitie van Sackett. Professioneel inzicht en een pedagogische relatie is daarbij cruciaal: wat gebeurt er werkelijk in de relatie kind – ouders – gezin – omgeving



2.8 *Spelers binnen transformatie*

De transformatie is geen zaak van alleen de gemeenten en wijkteams, het vereist samenwerking van alle partijen die betrokken zijn bij opgroeien en opvoeden, en dat zijn niet allemaal partijen waar de gemeente zeggenschap over heeft. Betrokken organisaties kijken op een andere wijze naar de doelen en andere cruciale elementen van de nieuwe Jeugdwet, ieder vanuit zijn eigen referentiekader, waarden, professionele standaarden et cetera. Dit belemmert de transformatie in aanmerkelijke mate. Zoals gezegd hebben de gemeenten niet overal zeggenschap over. Zo nemen de huisartsen buiten de gemeenten om een derde van de verwijzingen naar de tweedelijns hulp voor hun rekening, maar betaalt de gemeente daar uiteindelijk voor. Om grip op deze stroom te krijgen investeren de gemeenten bijvoorbeeld in POH's Jeugd. En wat voor zorg geldt, geldt ook voor onderwijs. Kinderen met problemen op school, hebben vaak ook psychische problemen en problemen thuis. De vraag is dan wanneer verwijst je naar de jeugd GGZ en wanneer niet. Hetzelfde geldt voor passend onderwijs: wanneer is dat aan de orde? De gemeenten regelen dat ieder voor zich in en dat levert een lappendeken aan regelingen, afspraken en ervaringen op.

VWS en de VNG zien ook in dat dit belangrijk is en hebben geïnvesteerd in academische werkplaatsen waar de ontmoeting tussen wetenschap, beleid en uitvoering voorop staat. Per regio zijn in het verlengde hiervan regionale netwerken aan het ontstaan waarin kennis wordt gedeeld; Zonmw heeft binnen deze netwerken onderzoek uitgezet om kennis te verzamelen en te analyseren wat wanneer werkt. Er wordt dus aan gewerkt en zal uiteindelijk handvatten opleveren voor anderen die tegen dezelfde problemen oplopen.

2.9 *Organisatorische randvoorwaarden*

Waar behoefte aan bestaat is na alle bovenstaande elementen benoemd te hebben, daadwerkelijk stappen te zetten en het probleem aan te pakken door concrete vraagstukken op te pakken waar mensen voor in beweging komen zoals agressie, angsten en depressies. We moeten deze problematiek eerder zien. Als het om milde – eigenlijk heel gewone en veelvoorkomende - varianten gaat, kan het met een stevige pedagogische basis vaak al in goede banen worden geleid. Als achtervang is eerder ingrijpen van belang, zowel preventief als door de intensievere jeugdzorg en daar bewezen methodieken en interventies op inzetten. Op deze wijze laat je als sector succes zien



en weten de verschillende partijen veel beter hun rol in het groter geheel. Dit vereist wel op allerlei niveaus een andere wijze van organiseren en met elkaar omgaan. Onderwerpen waar bij moet worden stilgestaan zijn in dat kader:

- inkoop
- leiderschap
- samenwerking professionals
- rolverdeling
- afstemmen andere organisaties.

Als een en ander op deze wijze wordt aangepakt zullen we meer grip krijgen op de problematiek van de jeugd en de jeugdzorg; het zal leiden tot eerder ingrijpen, minder instroom en effectiever inzet van middelen en methodieken. Een en ander dient gecombineerd te worden met de transformatie.

2.10 Een improviserende maatschappij

Al met al ontstaat er in de woorden van Hans Boutellier het beeld op van een improviserende maatschappij waarbij men vat probeert te krijgen op de complexiteit van de patiënt/cliënt en de complexiteit van het stelsel. Dit beeld is terecht: het verschil met andere sectoren is dat daar de patiënt complex is, maar in de jeugdzorg is het hele gezin de complicerende factor. Deze combinatie van actoren en factoren maakt dat de transformatie een proces van lange adem is en zich over langere tijd zal afspelen, mogelijk wel een decennium. Los daarvan is het pas na jaren mogelijk om de impact van het systeem en de interventies te meten. Als dat al mogelijk is...

De finale vraag is natuurlijk 'wanneer functioneert de nieuwe Jeugdwet goed?' Deze vraag wordt door verschillende partijen anders beantwoord. In de ogen van de wethouder werkt de wet goed als de kosten worden gedrukt, in de ogen van de jongere als hij/zij snel wordt geholpen zonder veel gedoe, in de ogen van de professional als aan professionele standaarden wordt voldaan, et cetera. Dat maakt invoering, uitvoering en evaluatie er niet makkelijker op.

Zoals gezegd is iedere gemeente op zoek naar een model dat in haar praktijk werkt. Zo heeft de gemeente Utrecht per wijk contracten met de aanbieders van specialistische hulp afgesloten. De betrokken partijen moeten hun werkzaamheden met de wijkteams coördineren. In de regio Haaglanden loopt een onderzoek dat mogelijk tot interessante inzichten kan leiden. Daar schat het



SCP en NJi op basis van de kenmerken van de wijk (sociaal economische status, verhouding migranten/niet-migranten, eenoudergezinnen, psychische problematiek bij ouders et cetera) het beroep op jeugdzorg in. Dit geschatte gebruik wordt vergeleken met het daadwerkelijke gebruik en vervolgens vindt er een diepte-analyse plaats van het verschil om er achter te komen wat het verschil verklaart. Bovenstaande voorbeelden laten zien dat er grote verschillen in aanpak bestaan. Dé aanpak bestaat dan ook niet, men zal per gemeente een en ander moeten aanpassen aan de – vaak fluïde – context om optimaal op de vraagstukken op het terrein van de jeugdhulpverlening in te spelen.

Kortom, het zal de komende jaren en wellicht decennia een zoektocht op verschillende niveaus worden naar de meest ideale situatie in de ogen van allen.



3. WETENSCHAP

3.1 *Veranderingen in onderzoek*

We hebben gezien dat theorie en praktijk de afgelopen jaren steeds verder uit elkaar komen te liggen. Zo heeft Evidence based werken niet die vlucht genomen, die iedereen dacht dat het zou nemen: slechts 3% van de interventies in de zorg voor jeugd is bewezen effectief. Dat wil niet zeggen dat de andere 97% niet werkt, maar we weten het niet omdat het niet onderzocht is op de manier, die lang als standaard gold binnen het onderzoek naar effectiviteit van interventies. Bovendien zijn er naast de technieken van interventies ook veel andere variabelen die invloed hebben op de resultaten (algemeen werkzame factoren, zoals de alliantie tussen behandelaar en cliënt). Deze veelheid aan variabelen maakt dat Evidence based werken met nadruk op interventies of technieken maar tot op zekere hoogte mogelijk is voor wat betreft de jeugd.

Naast de gangbare *Randomized Control Trial* (vergelijken van een groep cliënten die een nieuwe behandeling krijgt met een groep cliënten die bij voorkeur de gebruikelijke behandeling krijgt) is er wetenschappelijk dan ook steeds meer aandacht voor het zogenaamde *Repeated Single Case Design (RSCD)*. RSCD wordt gebruikt omdat cliënten zo van elkaar verschillen en dus zo heterogeen zijn, dat een gemiddelde echt niets zegt, omdat geen enkele cliënt daar aan voldoet. RSCD volgt de cliënten intensief waarbij een gepersonifieerde benadering centraal staat. Er is hier geen sprake van een 'klassieke' controle groep: het gaat juist niet om groepen, maar om individuele cliënten; het punt is dat het werken met groepen leidt tot gemiddelden, alsof de gemiddelde cliënt bestaat, en dat is in de praktijk echt niet zo. Daarom is er steeds meer nadruk op individuele cliënten. Een voorbeeld van de toepassing van RSCD is de app, die voor de groep LVB-jongeren die uit zorg zijn gegaan, is ontwikkeld. Deze groep individuen wordt interactief gevolgd en door middel van RSCD kan je uiteindelijk voor elke individuele cliënt een traject onderscheiden en vervolgens patronen herkennen in de trajecten. De RSCD-benadering zorgt er voor dat wetenschap en praktijk nauw op elkaar aansluiten.

3.2 *Bredere benadering*



Door de geconstateerde dynamiek zullen we op vlak van onderzoek terug moeten naar de $n=1$ – situatie met bijvoorbeeld de Repeated Single Case Design als methodiek, en een grotere nadruk op kwalitatief en observationeel-kwantitatief onderzoek. Op deze wijze leren we het verloop van aandoeningen kennen en welke verschillen er tussen individuen binnen groepen bestaan.

Classificaties gaan hiermee niet op de schop, maar worden wel genuanceerd. Nu gaat men er immers te veel van uit dat als een bepaalde aanpak voor de groep werkt, dit voor alle individuen zou moeten werken. Waar we te weinig zicht op hebben, is welke aanpak bij welk individu werkt. Een verhalende aanpak kan in individuele gevallen helpen, omdat we hiermee breed kijken. Bij ADHD bijvoorbeeld kan dat ertoe leiden dat we ook aandacht hebben voor andere factoren, zoals levensstijl, gezinsfactoren. Zaken die niet de oorzaak zijn, maar wel aspecten die de situatie ten goede kunnen verbeteren. Eigenlijk is dat wat we vroeger leerden en deden, vooraleer we de overfocus op classificaties ontwikkelden.

3.3 *Van theorie naar praktijk*

Science practitioners zijn een ander middel om wetenschap en praktijk bij elkaar te brengen. Een dergelijke benadering past goed bij het hoge opleidingsniveau in Nederland, dat de tweede plek mondiaal inneemt als het gaat om de kwaliteit van jeugdzorg, de wachtlijsten verhinderen een eerste positie. Deze science practitioners zijn professionals, die deels werken in de praktijk en deels binnen de wetenschap. Elke science practitioner slaat als het ware een brug tussen wetenschap en praktijk. Van deze science practitioners wordt een reflectieve houding verwacht en buiten de bestaande kaders kunnen denken. Op deze wijze wordt het gat gedicht tussen de wetenschap en de vaak grillige praktijk van jeugdzorg, waarbij het kind met zijn/haar systeem moet worden gecombineerd met de verschillende organisatie- en financieringsystemen: synchronisatie van een en ander zou veel kunnen opleveren.

Alles op een rijtje zettend moeten zowel op macroniveau (wetten en regels), organisatieniveau, wijze van werken en wetenschap de komende jaren de nodige stappen worden gezet. Deze Toekomstwijzer geeft in ieder geval een aantal handvatten om deze stappen te gaan zetten, waarbij de kanttekening past dat dit van alle partijen de nodige gecoördineerde inzet zal vereisen.