

Psychische gezondheid in context

10 oktober 2017 organiseert De Opvoedpoli het symposium 'Psychische gezondheid in context'. We hebben bewust gekozen voor een symposium naar voorbeeld van de oude Grieken. Daar was een symposium een eet-of drinkgelegenheid waarbij met elkaar werd gesproken en gediscussieerd over een bepaald onderwerp wat kon leiden tot een scherpe uitwisseling van opvattingen en het verkennen van nieuwe inzichten.

En dat is precies ook onze bedoeling: een kritische uitwisseling over de ontwikkelingen in de Jeugd-GGZ in relatie tot de transformatie van de jeugdhulp en actuele maatschappelijke ontwikkelingen. De Jeugd-GGZ staat onder druk. Waar kinderen, jongeren en gezinnen soms verstrikt kunnen raken in disfunctionele patronen waardoor problemen in stand blijven, lijkt er eenzelfde proces gaande in de Jeugd-GGZ en haar omgeving. Dat leidt tot kritiek. Zowel op de Jeugd-GGZ als vanuit de Jeugd-GGZ: lange wachttijden, ouders en kinderen die van het kastje naar de muur worden gestuurd, toenemende regeldruk, medicalisering, versnippering, krappe gemeentelijke inkoop en toenemende vraag en kosten.

We kunnen ons de vraag stellen of we met de huidige Jeugd-GGZ voldoende in staat zijn om een adequaat antwoord te bieden op psychisch lijden van kinderen, jongeren en gezinnen in deze tijd. Daarover gaan we 10 oktober het gesprek aan met collega's, ouders en jongeren, samenwerkingspartners, toezichthouders en financiers. Wat zijn knelpunten?

Wat betekenen de begrippen ziek en gezond anno nu? Hoe kijken we aan tegen psychisch lijden en psychisch welzijn? Welke maatschappelijke ontwikkelingen zijn daarop van invloed? Welke expertise is nodig om passende hulp te bieden en wat betekent dat voor de organisatie van geestelijke gezondheidszorg voor kinderen, jongeren en gezinnen?

We hebben geen eenduidige antwoorden of pasklare oplossingen maar wel een denkrichting, vragen, en discussiepunten. Deze zetten we uiteen in dit paper, bedoeld ter voorbereiding op het symposium. In het eerste deel beschrijven we knelpunten die de Jeugdwet beoogde op te lossen maar nog steeds bestaan. Daarna belichten we enkele maatschappelijke ontwikkelingen die we relevant vinden bij het denken over de doelen en knelpunten van de transformatie voor wat betreft de Jeugd-GGZ en bij het zoeken naar de betekenis van psychische gezondheid in deze tijd. We sluiten af met een doorkijk naar de stappen die we willen zetten.

1. Transformatie van de jeugdhulp: doelen en knelpunten

Op het moment van schrijven is de Jeugdwet ruim 2,5 jaar van kracht en de transformatie in volle gang. Er zijn concrete veranderingen doorgevoerd en veel is nog in ontwikkeling. Tegelijkertijd zien we dat een aantal belangrijke, met de Jeugdwet op te lossen knelpunten nog steeds bestaat.

De organisatie en sturing van de jeugdhulp zijn vastgelegd in de nieuwe Jeugdwet¹. Sinds 1 januari 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor de jeugdhulp met als uitgangspunt de zorg dichterbij de inwoners te organiseren, en eenvoudiger en goedkoper te maken. Onder de nieuwe Jeugdwet vallen de volgende onderdelen:

- de jeugdbescherming;
- de jeugdreclassering;
- de jeugdzorgPlus (gesloten jeugdzorg);
- de ambulante jeugd- en opvoedhulp (JOH)
- de geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen (jeugd-GGz);
- de zorg voor jeugd met een licht verstandelijk beperking (jeugd-LVB).

De jeugdzorg is overgeheveld naar de gemeenten die zich in hun beleid moeten richten op:

- het inschakelen, herstellen en versterken van het probleemoplossend vermogen van kinderen en jongeren, hun ouders en sociale omgeving;
- het bevorderen van de opvoedcapaciteiten van de ouders en de sociale omgeving;
- preventie en vroegsignalering;
- het tijdig bieden van de juiste hulp op maat;
- effectieve en efficiënte samenwerking rond gezinnen.

Met de Jeugdwet wordt beoogd bestaande knelpunten op te lossen en het stelsel ingrijpend te wijzigen, met de volgende doelen:

- gebruik maken van de eigen kracht van jeugdigen, ouders en hun sociale netwerk. Het is belangrijk dat zij de regie blijven houden over hun leven. En dat ze samen met hun eigen omgeving en professionele hulpverleners naar oplossingen zoeken;
- minder snel medicijnen voorschrijven en de zorgvraag terugbrengen;
- eerder (jeugd)hulp bieden op maat voor kwetsbare kinderen;
- samenhangende hulp voor gezinnen: 1 gezin, 1 plan, 1 regisseur;
- meer ruimte voor jeugdprofessionals en vermindering van regeldruk bij hun werk.

¹ <http://www.nji.nl/Jeugdwet> en <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/jeugdhulp/jeugdhulp-bij-gemeenten>

Tijdig bieden van de juiste hulp op maat

Waar met de Jeugdwet voorkomen had moet worden dat ouders en jeugdigen verdwalen in het systeem, is juist dit een veelvoorkomend punt van kritiek op de huidige staat van de jeugdhulp in het algemeen en de specialistische Jeugd-GGZ in het bijzonder. Zo hebben diverse organisaties aan de bel getrokken met betrekking tot de toegankelijkheid van de hulpverlening en het bieden van de juiste hulp op maat.

De kinderombudsman onderzocht in drie deelrapporten ('De zorg waar ze recht op hebben'²) of de toegang tot- en de kwaliteit van de jeugdhulp voor kinderen en jongeren in het nieuwe stelsel zijn gewaarborgd. Zij constateert dat de implementatie van het nieuwe stelsel en de daarbij behorende organisatorische veranderingen zorgen voor vertraging van de gewenste inhoudelijke vernieuwing. De gehanteerde bekostigingsstructuren hebben volgens de kinderombudsman een negatieve invloed op leveren van passende hulp. Bureaucratie, een krap inkoopbeleid en onduidelijke samenwerkingsafspraken hebben duidelijk een negatief effect op de tijdigheid, passendheid en kwaliteit van de jeugdhulpverlening, aldus de kinderombudsman.

Ook vanuit vakorganisaties (o.a. de Nederlandse vereniging voor Psychiatrie (NVP) en de Landelijke Vereniging van Vrijgevestigde Psychologen & Psychotherapeuten (LVVP), ouders van cliënten en hulpverleners zelf klinkt soortgelijke kritiek³. Uit een groot-schalige enquête van de kinder-ombudsman blijkt dat 55 procent van de ouders en kinderen veel tot zeer veel moeite heeft moeten doen om uiteindelijk hulp te krijgen.

Het tijdig bieden van de juiste hulp op maat zou het aantal (gedwongen) crisisopnames moeten doen afnemen. Het tegendeel blijkt echter waar. Ook zijn de wachtlijsten in de jeugdzorg toegenomen. Zo concludeert de Kinderombudsvrouw na eigen onderzoek dat meer kinderen en jongeren dit jaar gedwongen zijn opgenomen in gesloten jeugdzorginstellingen. Ook zijn er meer crisisopnames vastgesteld en escaleren situaties omdat er niet op tijd passende jeugdzorg wordt geboden⁴. De toename van de crisisopnames komt volgens de Kinderombudsvrouw vooral doordat gemeentelijke wijk-teams te lang te lichte jeugdhulp geven. Ze hebben vaak

weinig kennis om problemen goed in te schatten of zijn terughoudend bij het inschakelen van zwaardere zorg, omdat die vaak ook duurder is. Ook speelt volgens haar mee dat jeugdzorginstellingen de behandelduur verkorten en minder nazorg geven, waardoor er meer terugval is. De instellingen krijgen meer aanmeldingen dan vorig jaar en zitten continu vol. Tegelijkertijd kunnen ze moeilijk doorverwijzen, omdat andere specialistische instellingen ook wachttijden hebben.

Volgens Robert Vermeiren, voorzitter van de afdeling kinderpsychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie spelen deze problemen met bureaucratie en krappe gemeentelijke inkoop sinds de jeugdzorg is gedecentraliseerd⁵. Dit leidt tot een versnippering, waarbij de ene gemeente extra geld uittrekt voor specialistische zorg terwijl de ander het budget juist verkleint. *'Dat leidt tot een onacceptabele ongelijkheid. Kinderen met zulke ernstige problemen moeten overal snel passende hulp krijgen.'*, aldus Vermeiren.

Lokale teams, GGZ-instellingen, huisartsen, ouders en andere professionals lijken elkaar nog onvoldoende te kunnen vinden, waardoor jongeren niet tijdig worden doorverwezen naar de hulpverlening die zij nodig hebben⁶. Deze wachtlijsten zijn vanzelfsprekend riskant, waardoor kwetsbare jongeren met een acute zorgvraag niet de zorg krijgen die zij nodig hebben. In juni jl. schreef het Expertisenetwerk Kinder- en jeugdpsychiatrie een brandbrief aan demissionair staatssecretaris Martin van Rijn (PvdA, Volksgezondheid) over dit 'substantieel tekort aan intensieve en langer durende behandeltrajecten voor jongeren met zware problemen, wat leidt tot riskante wachtlijsten'. De discussie over acute hulp aan suicidale tieners werd in de landelijke media breed gevoerd nadat de ouders van een 16-jarig meisje de media-aandacht zochten. Van Rijn reageerde daarop: *'De vele doorverwijzingen en overplaatsingen en het steeds weer overdragen van de regie op het behandelproces, leidt soms tot gevoelens van onmacht en wanhoop bij jeugdigen en hun ouders. Dit kan en moet beter'*⁷.

² Kinderombudsman, de. De zorg waar ze recht op hebben. Onderzoek naar de toegang tot en de kwaliteit van de jeugdhulp na decentralisatie. 2016.

³ Ark, E. van & Stevens J. Het grote falen van de Jeugdwet. Follow the Money, december 2016.

⁴ <https://nos.nl/artikel/2141962-meer-crisisopnames-van-kinderen-en-jongeren.html>

⁵ <https://www.volkskrant.nl/wetenschap/psychiaters-slaan-alarm-over-hulp-aan-suicidale-kinderen-a4501823/>

⁶ <https://brandpunt.kro-ncrv.nl/reporter/zorgen-om-wachtlijsten-jeugdzorg-het-is-wachten-op-het-eerste-grote-incident/>

⁷ <https://www.skipr.nl/actueel/id31676-van-rijn%3A-jeugd-ggz-moet-beter.html>

Doel van de jeugdwet (zie kader) is zowel de toegankelijkheid vergroten, tijdig bieden van juiste zorg op maat als de zorgvraag terugdringen. Deze combinatie van doelen zorgt voor een dilemma. Niet in de laatste plaats vanwege de dubbelrol van de gemeenten: beheerder van de kas en tegelijkertijd ook deels verwijzer door invloed op de werkwijze van de lokale teams.

In Nederland maakten in 2016 367 duizend kinderen van 0 tot en met 17 jaar gebruik van Jeugdhulp⁸. Dit komt overeen met bijna 11 procent van de kinderen van die leeftijd. Recent onderzoek laat zien dat het werkelijke aantal mensen met een volgens de DSM te classificeren 'psychische stoornis' waarschijnlijk hoger uitvalt. Volgens de onderzoekers krijgt vrijwel iedereen in zijn of haar leven daar (tijdelijk) mee te maken. De meesten zullen geen behandeling nodig hebben, hier zelf, met of zonder partner, familie en of vrienden uit komen en weinig of slechts een voorbijgaand negatief effect op hun functioneren en kwaliteit van leven ervaren. Zo'n 20-25 procent van de bevolking zal wel een dusdanig heftige psychisch probleem ervaren met invloed op hun relatie, werk of school⁹. In tegenstelling tot de meeste somatische klachten ontwikkelen psychische klachten zich meestal in de kindertijd of adolescentie¹⁰ én hebben zij over het algemeen een lange 'burden of disease'¹¹.

Het is belangrijk om onderscheid te maken tussen de life-time prevalentie van psychische klachten, iedereen voldoet op enig moment wel aan een van de criteria, en het ontwikkelingsbeloop van ernstige psychopathologie, die zijn aanvang meestal al vroeg in het leven kent. Psychisch lijden is veelvormig. De psychische klachten van de een zijn voorbijgaand, terwijl de klachten van de ander een voorbode vormen van zeer ernstig en langdurig lijden. Toegankelijkheid vraagt dus om een nadere beschouwing. Als we hulp te laagdrempelig maken, ontstaat onherroepelijk een capaciteitsprobleem want vrijwel de hele bevolking is op enig moment in zijn leven een potentiële afnemer van hulp. Maar als we drempels opwerken in de toegang tot hulp ontstaat het risico dat de mensen die deze hulp het hardst nodig hebben, er geen toegang toe krijgen. Dus hoe bepalen we als maatschappij en als hulpverleners aan wie we onze aandacht, tijd en geld besteden? Hoe kunnen we een betere beschikbaarheid en bereikbaarheid creëren en tegelijkertijd mensen helpen weerbaarheid en veerkracht te ontwikkelen om met psychische problemen om te gaan die horen

bij het leven? En dat zonder mensen in de steek te laten door te denken dat alle problemen aan de keukentafel opgelost kunnen worden?

Minder snel medicijnen voorschrijven

Medicalisering en labeling werden gezien als knelpunten die de invoering van de Jeugdwet beoogde op te lossen. De toename van medicijnvoorschriften en labeling blijkt echter een complex samenspel van wensen en verwachtingen van ouders, afgenomen tolerantie van afwijkend gedrag, toegenomen bekendheid over ziektebeelden, vereisten rondom financiering en toegenomen prestatiedruk en afrekencultuur op scholen, waardoor dit patroon voorlopig in stand wordt gehouden¹².

De toename in medicijnvoorschriften en labeling van kinderen met ADHD is hiervan een goed voorbeeld. Volgens Jaap Oosterlaan¹³, hoogleraar hersenen en gedrag aan de Vrije Universiteit in Amsterdam, grijpen mensen 'te snel naar medicamenteuze behandeling of een ingewikkeld therapeutisch traject. Wat als normaal wordt gezien, komt in een steeds smallere bandbreedte. Kinderen vallen steeds sneller buiten de boot. Dat moeten we constateren aan de hand van het aantal gestelde diagnoses en de zorgconsumptie. Er zijn kinderen die baat hebben bij goede professionele hulp en waar een label een verlossing voor is. Aan de andere kant zie je ook dat er te veel gestrooid wordt met diagnostische labels.'

Volgens Floor Scheepers, afdelingshoofd kinder- en jeugdpsychiatrie aan het UMC Utrecht, zijn we zo druk met het classificeren van symptomen in herkenbare categorieën dat we soms vergeten dat symptomen in de psychiatrie geen 'causale metingen zijn maar slechts signalen die veroorzaakt kunnen worden door verschillende onderliggende problemen.'¹⁴ Zo ziet zij dat er bij het stellen van al die diagnoses vaak te weinig aandacht is voor gezinsomstandigheden en gezinspatronen. Ook maakt zij zich grote zorgen over de gevolgen van psychiatrische labels

⁸ <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2017/17/11-procent-van-de-jongeren-krijgt-jeugdhulp>

⁹ <http://blogs.scientificamerican.com/observations/mental-illness-is-far-more-common-than-we-knew>

¹⁰ Kessler, R.C., et al. Age of onset of mental disorders: A review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry*. 2007 Jul; 20(4): 359–364.

¹¹ A National Burden of Disease Calculation: Dutch Disability-adjusted Life-years. Dutch Burden of Disease Group. *American Journal of Public Health* 90.8 (2000): 1241-247. Print.

¹² <https://www.groene.nl/artikel/niemand-schuldig-iedereen-ziek>

¹³ <https://www.nrc.nl/nieuws/2017/05/08/rust-en-regelmaat-in-plaats-van-ritalin-8740645-a1557778>

¹⁴ <https://www.groene.nl/artikel/niemand-schuldig-iedereen-ziek>

voor deze kinderen. *‘Voor de rest van hun leven hangt er een soort raar rugzakje aan hen. Door die kinderen te vertellen dat ze een hersenziekte hebben geef je aan dat er iets mis is in hun hoofd. Moet je je voorstellen wat voor gevolgen dat heeft voor de ontwikkeling van je identiteit!’ Daarnaast kan het beangstigend zijn voor een kind om te zien dat ouders je niet kunnen helpen, maar dat er een expert nodig is voor jouw problemen.’*

Volgens Alfons Crijnen, psychiater en geneesheer bij De Opvoedpoli, is de DSM-5 een instrument om mee te werken wanneer je als behandelaar in acht neemt dat de voorgestelde classificaties en diagnoses geen absolute waarheden betreffen, en je kinderen en jongeren alleen in de context (bijvoorbeeld van hun gezin of leefomgeving) kan beschouwen. Classificaties zijn daarom ook niet zonder deze context op waarde te schatten en dragen alleen bij aan een behandeling wanneer zij functioneel zijn. Bij kinderen en jongeren moet expliciet het ontwikkelingsperspectief in oogschouw te nemen. Niets is ten slotte zo veranderlijk als een opgroeiend kind. Diagnoses zijn derhalve ook onderhevig aan deze veranderingen.

Jim van Os, hoogleraar psychiatrische epidemiologie en hoofd van de afdeling Psychiatrie en Psychologie van het UMC Maastricht, beschrijft in ‘De DSM-5 voorbij’¹⁵ de classificatiedrang als volgt: *“Wat in de praktijk nogal eens vergeten wordt: de DSM-diagnosen zijn praktische labels, geen ziekten die bestaan in de natuur. Bovendien zijn het labels die komen en gaan, al naar gelang de stemming van de DSM-werkgroepen.”*

“De DSM-stoornissen zijn daarom geen vaststaande geestesziekten, maar constructen die samenhangen met culturele en historische ontwikkelingen.” Volgens van Os is *“...de Nederlandse psychiatrie geworden tot ‘staatspsychiatrie’ waarin overheid, zorgverzekeraars en toezichthouders met hersenloze kwaliteitsindicatoren en ‘wurgcontracten’ grip proberen te krijgen op kwaliteit en kwantiteit, met alle perverse gevolgen van dien. Ook de dominante biologische psychiatrie maakt volgens Van Os kortzichtig, waardoor men correlaties met vage DSM-categorieën aanziet voor oorzaken van hersenziektes.”*

Meer ruimte voor jeugdzorg-professionals en vermindering van regeldruk bij hun werk

Eén van de beoogde doelen van de Jeugdwet is het verminderen van de regeldruk van professionals in hun werk. Sinds de transformatie lijken bureaucratie en controle echter eerder toe- dan afgenomen, ondanks de wens en inzet van alle betrokkenen, zowel de gemeente, professionals, cliënten, om die ruimte te realiseren. Dit zorgt ervoor dat professionals minder directe zorginhoudelijke tijd met cliënten kunnen besteden en een onevenredig deel van de uitgaven op gaat aan randzaken en organisatorische kosten.

Menno Oosterhoff, psychiater, columnist voor Medisch Contact en leider van een polikliniek voor dwangpectrumstoornissen diagnosticeert in zijn column¹⁶ de toegenomen regeldruk als *bureaucrazy*, passend in het spectrum van dwangstoornissen. Volgens Oosterhoff is er sprake van een enorme toename in bureaucratie, met name de administratieve belasting die het werken met 390 verschillende gemeenten met zich meebrengt. Voor psychologen en psychiaters die zelfstandig werken of een kleine praktijk runnen, is het niet te doen om te werken met alle verschillende declaratiesystemen, codes en regels die de gemeenten hanteren, aldus Oosterhoff. Ook hebben organisaties zoals De Opvoedpoli, die in meerdere gemeenten zorg leveren, te maken met een veelvoud aan verschillende aanbestedingsprocedures, financieringsstromen en verantwoordingssystematieken.

Over de toenemende controle in de Nederlandse samenleving schreef politiek filosoof Graham: *‘just like the neurotic who washes his hands a thousand times a day, our hyperrational society, under the polical disguise of so called responsibility, cannot stop producing ever more refined instruments to measure and control itself a thousand times a day’*¹⁷.

¹⁵ Os, Jim Van. *Persoonlijke Diagnostiek in Een Nieuwe GGZ: De DSM-5 Voorbij!* Leusden: Diagnosis Uitgevers, 2015. Print.

¹⁶ <https://www.medischcontact.nl/opinie/blogs-columns/blog/bureaucrazy-menno-oosterhoff.htm>

¹⁷ Lock, G. *Nederland, Narcissus' paradijs*. In: Os, P. V. (2005). *Nederland op scherp: Buitenlandse beschouwingen over een stuurloos land*. Amsterdam: Bert Bakker.

Probleem is dat gemeenten na de transitie nog steeds binnen het bestaande paradigma van het bedrijfs-economisch Angelsaksisch managementdenken zoeken naar oplossingen om kwaliteit en prestaties te meten met outputsturing en prestatie-indicatoren. Zorgorganisaties en behandelaren moeten zo operationeel mogelijke targets stellen en zoveel mogelijk zaken in de vorm van kengetallen onder woorden brengen en indicatoren moeten vooral 'SMART' zijn. De ruimte voor professionals om zelf te organiseren en te sturen raakt daarmee beperkt. Binnen veel organisaties heeft dit geleid tot grote interne systeemdruk en schijncontrole. Op papier bereikt de organisatie resultaten, maar of de uitvoering van zorg en behandeling in de dagelijkse praktijk daadwerkelijk goed verloopt, blijft buiten beschouwing. Die nadruk op controle leidt de aandacht af van het cliëntgericht zijn. Wantrouwen werkt verlamdend op persoonlijk initiatief en het ondernemen van nieuwe dingen¹⁸. Zo vreest de kinderombudsman, in het eerder aangehaalde rapport, dat gemeenten blijven steken in de organisatorische zijde van de transitie en niet toekomen aan de gewenste inhoudelijke vernieuwing.

In de volgende paragraaf belichten we enkele maatschappelijke ontwikkelingen die wij zeer relevant vinden bij het denken over de doelen en knelpunten van de transformatie voor wat betreft de Jeugd-GGZ en bij het zoeken naar de betekenis van psychische gezondheid voor kinderen, jongeren en gezinnen in deze tijd.

¹⁸ Dalen, A. van. Transformatie van de jeugdzorg vraagt om anders organiseren. Tijdschrift voor Orthopedagogiek, 52 618-626, 2013.

2. Maatschappelijke ontwikkelingen

Flexmens en keuzestress

Het vraagt veel om je als mens staande te houden in een snel veranderende, in complexiteit toenemende wereld, waarin individualisering centraal staat en de dunne lijn tussen vrijheden enerzijds en verantwoordelijkheden anderzijds opnieuw moeten worden geïjkt. Oude, vanzelfsprekende intermenselijke relaties veranderen en het moderne leven krijgt een fragmentarisch karakter¹⁹. Bovendien is er sprake van een voortdurende druk op kinderen en jongeren om te kunnen voldoen aan het perfecte leven dat je via (sociale) media en reclame krijgt voorgeschoteld en dat niet zelden in contrast staat met het dagelijks ervaren leven. Dit nastreven is een gegarandeerd recept voor teleurstelling. Tevens is er een overvloed aan opties en de keuzes die mensen kunnen en moeten maken, wat kan leiden tot gevoelens van spanning²⁰. Het aantal keuzes dat een mens kan maken is beperkt en zelfcontrole kan uitgeput raken als er te lang een beroep op wordt gedaan²¹.

Op de arbeidsmarkt vraagt dit een continue flexibiliteit waarbij mensen steeds meer worden geacht zich transactioneel op te stellen en zichzelf, hun kostbaarste product, te verkopen. Volgens de socioloog Richard Sennett

pakt deze van werknemers verwachte flexibiliteit desastreus uit en heeft 'de flexmens' steeds meer moeite om auteur te zijn van hun eigen leven. Om te bouwen aan een levensverhaal waaraan hij of zij zelfrespect kan ontlenen. In plaats daarvan wordt een overdosis buigzaamheid verwacht²². Ook hier speelt het aanleren van vaardigheden als veerkracht een belangrijke rol om een voldoende krachtig zelfbeeld en levensverhaal te ontwikkelen dat is bestand tegen de gevraagde buigzaamheid en flexibiliteit.

Het is niet verwonderlijk dat driekwart van de jongeren zegt het te druk te hebben. In een enquête uit 2014 gaf vervolgens een derde van de jongeren aan dagelijks stress te ervaren door school, en 26 procent rapporteerde zelfs burn-out klachten²³. Jongeren lijken een extra kwetsbare groep, daar zij aan de start van hun leven worden geconfronteerd keuzes te maken voor een toekomst die steeds onzekerder wordt.

Het verdampen van relationele infra-structuren en de toename van een transactioneel karakter binnen relaties heeft gevolgen voor de volwassenwording van jongeren, aldus hoogleraar Zorgethiek en Caritas Annelies van Heijst. Zij stelt dat kinderen en jonge mensen alleen in relationele verhouding kunnen

'uitrijpen' tot morele persoonlijkheden. Groeien ze niet op in relaties met volwassenen zullen ze gaan denken dat goed leven bestaat uit het correct naleven van regels, of deze vakkundig ontduiken zodat niemand het merkt. Dat verdampen van relationele infra-structuren (door grootschaligheid en het maakbaarheidsideaal over wat het leven zin en betekenis geeft) in onze grote maatschappelijke instituties, waardoor mensen zich een nummer voelen en waardoor de morele grondslag van de samenleving uit-gehoud dreigt te worden, is een groot probleem²⁴.

Zelfredzaamheid en eigen kracht

De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid concludeert in haar recente rapport 'Weten is nog geen doen'²⁵ dat de overheid een veel te positief beeld heeft van de zelfredzaamheid van mensen; een papieren werkelijkheid waarbij mensen rationeel en weloverwogen handelen, die ver afstaat van de dagelijkse realiteit. Ook volgens de Nationale Ombudsman is "Het stellen van eisen aan burgers waarvan vaststaat dat zij daar niet aan kunnen voldoen, onbehoorlijk." De Raad pleit daarom voor coulance, menselijkheid en ondersteuning voor hen die verstrikt

¹⁹ Bauman, Z. Liquid Times: Living in an Age of Uncertainty. Oxford: Wiley, 2013. Print.

²⁰ Schwartz, B. The Paradox of Choice: Why More Is Less. New York: Ecco, an Imprint of HarperCollins, 2016. Print.

²¹ Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, Tiemeijer, W., Jonkers, P. WRR Rapport nr 92: Met kennis van gedrag beleid maken. 2014.

²² <https://www.volkskrant.nl/wetenschap/voor-de-flexmens-is-het-leven-niet-vol-te-houden-a4503780/>

²³ 7Days & Een Vandaag. Onderzoek: Veel jongeren stressen over school- of studiezaken. 2014.

²⁴ Heijst, A. van. Meer scharrelruimte in het onderwijs. Schoolbestuur, nummer 8, 2008.

²⁵ Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. WRR Rapport nr 97: Weten is nog geen doen. Een realistisch perspectief op redzaamheid. 2017.

zijn geraakt in het bureaucratisch moeras, hulp nodig hebben bij het maken van complexe keuzes, of zichzelf ergens op een verkeerde afslag van het leven tegenkomen.

Een focus op louter gestandaardiseerde, meetbare, kwantificeerbare output als kwaliteitsinstrumenten gaat voorbij aan het feit dat menselijke problematiek en de daarbij behorende zorg niet altijd in zulke termen is te verklaren, te vangen of te kaderen, zoals de Raad van de Volksgezondheid en Samenleving schetst. Mensen hebben een *messy nature*, en menselijk gedrag, functioneren en disfunctioneren is onvoorspelbaar, rommelig, conflicterend en niet altijd causaal te verklaren. Zoals de Raad het omschrijft: “[heb]... *meer vertrouwen in de afweging die professional en patiënt met elkaar maken en minder controle op strikte naleving van knellende richtlijnen*”. Juist kwetsbare mensen, met een psychiatrische (voor)geschiedenis, te grote draaglast of overvloed aan stressfactoren verdienen extra hulp hier adequaat mee om te gaan, in plaats van alleen te worden aangesproken op hun eigen kracht.

Maakbaarheid en succes als keuze

Traditionele netwerken als zuilen, verenigingen, religie e.d. worden vervangen door lossere platformen. Een plek binnen een netwerk is niet voor iedereen vanzelfsprekend. Digitale netwerken bieden kansen voor iedereen maar vereisen wel goede sociale vaardigheden en een bepaalde mate van flexibiliteit omdat ze minder vanzelfsprekend en minder onvoorwaardelijk zijn. Steeds belangrijker wordt het hoe je jezelf aantrekkelijk kunt presenteren en verkopen en anderen voor je in kunt nemen. Extraversie wordt daarmee hooggewaardeerd in onze huidige samenleving²⁶.

Volgens de Vlaamse hoogleraar klinische psychologie en psychoanalyse Paul Verhaeghe heeft het dogma van de huidige tijd, het neoliberalisme, een economische variant op survival of the fittest, ertoe geleid dat we permanent in onderlinge competitie verkeren. Het is ieder voor zich: hebzucht is een deugd, succes een eigen verdienste, en falen een kwestie van ‘eigen schuld, dikke bult’. Gezond is iemand die materieel succesvol is. Wie het niet heeft gemaakt, is ziek²⁸.

Dit dogma heeft er volgens Verhaeghe voor gezorgd dat er voor kwalitatieve kwesties allerlei kwantitatieve criteria opgesteld om mensen individueel te evalueren. Loon en positie hangen ervan af. Je maakt samenwerking onmogelijk. Het resultaat is een dog eat dog-cultuur waarin het de egoïstische kans in mensen naar boven haalt. Juist jongeren zijn hierin een kwetsbare groep, daar zij nog volop bezig zijn met hun identiteitsontwikkeling en extra gevoelig zijn voor oordelen door derden. Jongeren worden veel meer blootgesteld aan externe beoordeling. Ze leven in een Big Brother-maatschappij. Facebook, Twitter en LinkedIn maken alles zichtbaar. Verhaeghe: “*Je kunt heel snel stijgen en heel snel vallen. Je moet continu op de juiste trede staan, het liefst zelfs eentje hoger. Dat is verdomd lastig*”²⁹.

Toenemende ongelijkheid

De kloof tussen mensen met de benodigde vaardigheden, veerkracht, netwerken om aan de nieuwe eisen te kunnen voldoen, en hen die dit niet in huis hebben wordt groter. De succescultuur³⁰ leidt tot een toenemende ongelijkheid. Dit terwijl het van oudsher opgebouwde vangnet van overheidswege afneemt en verdwijnt. Er wordt geacht een beroep te doen op eigen kracht en eigen

²⁶ Voerman, S. A., de Boer, F., Tromp, N., van den Berg, D., van Dijk, M., Jacobse, L., & Voorneman, B. Redesigning psychiatry: innoveren voor psychisch welzijn in de 21e eeuw. Amsterdam: Redesigning Psychiatry. 2016.

²⁷ Verhaeghe, P. Identiteit. Amsterdam: De Bezige Bij, 2016. Print.

²⁸ <http://sociologiemagazine.nl/artikel/paul-verhaeghe-over-zijn-boek-identiteit>

²⁹ <http://sociologiemagazine.nl/artikel/paul-verhaeghe-over-zijn-boek-identiteit>

³⁰ <https://www.trouw.nl/home/dan-maak-je-maar-zin-a171c0a1/>.

netwerken, hoewel dit door allerlei omstandigheden niet altijd mogelijk is. Dit heeft gevolgen voor iemands gezondheid in het algemeen, en psychisch welzijn en vragen rondom zingeving in het bijzonder.

Uit onderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek en Harvard University blijkt dat een derde van de Nederlandse bijstandsgerechtigden psychische zorg krijgt³¹. Daarmee zijn bijstandsgerechtigden zwaar oververtegenwoordigd in de psychische zorg. Jim van Os daarover: *“met een psychische stoornis die lang aanhoudt ga je vanzelf richting de bijstand. Maar het werkt ook andersom: eenmaal in de bijstand ondervind je sociale uitsluiting wat weer een belangrijke risicofactor is voor psychische klachten”*.

Gezondheidsverschillen liggen niet alleen in de individuele keuzes die mensen maken. Hun levensstijl en gezondheidsgedrag worden ook beïnvloed door de groepen waarin ze leven en politieke keuzes en zakelijke beslissingen waar zij niets aan kunnen doen. Verschillende groepen mensen hebben te maken met ongelijke gezondheidsuitkomsten, die voortkomen uit de verschillen in de manier waarop zij als groep behandeld worden³².

Een toekomst waarin we steeds ouder worden, en langer gezond leven. Ouderdom verandert van een korte fase van verval naar een langere vitale levensfase die nieuwe invulling en vaardigheden behoeft. Juist mensen met psychische problemen en een lange hulpverleningsgeschiedenis zijn in de loop van hun leven oefening in deze levensvaardigheden kwijtgeraakt.

Tel daarbij nieuwe ontwikkelingen op als de meetbare mens (het lichaam als kwantificeer- en stuurbaar object) en dataverzameling (cijfers als objectieve weergave van de realiteit), waardoor een nieuwe sociale controle ontstaat. Dit biedt vele kansen, maar roept ook de vraag op wie de normen van de ontwikkelingen bepaalt, en wat voor gevolgen dit heeft voor de diversiteit aan deelnemers in de samenleving. Zijn dit bijvoorbeeld de techbedrijven, als eigenaar van de techniek? Of zijn dit de burgers, als eigenaar van hun eigen data? Kun je nog participeren in deze samenleving als je niet wilt of kunt meebewegen in de snelheid van deze ontwikkelingen³⁴?

Juist in een toenemende geglobaliseerde wereld waarin migratie een grote rol heeft, worden diversiteitsverschillen steeds belangrijker. Psychische effecten van acculturalisatie, discriminatie en uitsluiting in de multiculturele samenleving zullen toenemen. De omgang met anderen en de sociale

verhoudingen worden belangrijker. Gebeurt dit op basis van wederzijds respect, of ontwikkelen we ons steeds meer naar een zogenaamde *winner-takes-all of rating economy*, zoals satirisch en dystopisch in de TV-series South Park³⁵ en Black Mirror³⁶ wordt geschetst?

Erosie van traditionele expertise

De zucht naar autonomie en de toenomen beschikbaarheid van informatie heeft ertoe geleid dat steeds meer mensen zelf hun informatie (kunnen) opzoeken, zij steeds kritischer en mondiger worden en in sommige gevallen het vertrouwen in traditionele experts afneemt. De al eerder ingezette ontwikkeling van ‘de goed geïnformeerde’ client wordt versterkt door technologische ontwikkelingen die ‘selftracking’ mogelijk maakt. Er zijn steeds meer mensen die zichzelf met behulp van technologie monitoren en hun levenspatronen daadwerkelijk door deze informatie laten beïnvloeden om beslissingen over hun levensstijl te nemen.

Kennisvalorisatie is een groot goed en draagt bij aan een democratiseringsslag in de zorg, maar vraagt ook een nieuwe rol van hulpverleners. Een Europees onderzoek uit 2007 toonde

³¹ <https://www.volkskrant.nl/wetenschap/een-op-de-drie-bijstandsgerechtigden-ontvangt-psychische-zorg-a4515123/>

³² Ellemers, N., & Derks, B. (2017). Wereld van verschil: Sociale ongelijkheid vanuit een moreel perspectief. Amsterdam: AUP.

³³ <https://www.socialevraagstukken.nl/de-ggz-staat-voor-grote-uitdagingen-en-dat-biedt-kansen/>

³⁴ Eggers, D. The Circle: A Novel. London: Penguin, 2017. Print.

³⁵ <http://www.imdb.com/title/tt5074356/>

³⁶ <http://www.imdb.com/title/tt5497778/>

dat gemiddeld 34% van de patiënten naar informatie op het internet zocht om te bepalen of een doktersbezoek nodig was, en 26% van hen zocht gezondheidsinformatie op voorafgaand aan het consult³⁷. Dat dit waarschijnlijk alleen maar is toegenomen blijkt uit de productie van een recent TV-programma, 'Dokters vs. internet'³⁸, waarbij drie dokters en drie leken ieder proberen de juiste diagnose te stellen, op basis van respectievelijk hun ervaring en het internet. Ook de toename van het aantal zelfhulpboeken illustreert het tijdperk waarin iedereen zijn of haar eigen therapeut is.

Tegelijkertijd rekken 'nieuwe' eigentijdse problemen, toenemende digitalisering en mediaconsumptie de grenzen op van onze eigen referentiekaders en normen als hulpverleners. In de behandelkamer komen nieuwe thema's en onderwerpen naar voren die vragen oproepen, zoals sexting, omgang met social media, lifestyle en slaaphygiëne, fear of missing out, prestatiedruk, cyberpesten, radicalisering etc. Zijn we als hulpverleners in staat adequaat in te spelen op de problemen die spelen in de leefwereld van jongeren anno nu?

Herwaardering context-based practice

De Raad van de Volksgezondheid en Samenleving (RVS) onderkent de externe controledrang waar we in het begin van dit paper over spraken. Zij pleit in hun recente advies 'Zonder context geen bewijs - de illusie van evidence-based practice'³⁹ voor een (her)waardering van context-based practice. Evidence-based practice als enige basis voor goede zorg is een illusie en het accent is in de zorg te veel komen te liggen op externe verantwoording, transparantie, standaardisatie en controle, zo stelt de Raad. Evidence Based protocollen hebben in de zorg veel standaarden verbeterd, maar "...deze komt er in de kern op neer dat de kennis waar EBP vanuit gaat een reductie van de werkelijkheid is."

Volgens de Raad speelt bewijs weliswaar een rol als bron van informatie, maar dit moet meer gebeuren naast vele andere bronnen van informatie. De concrete context bepaalt volgens de RVS hoe deze kennisbronnen met elkaar worden

verbonden. "Veel van wat waardevol is in de persoonlijke relatie tussen cliënt en zorgverlener is met bestaande onderzoeksmethoden en indicatoren niet te vatten."

Jan Kremer, raadslid RVS: "Goede zorg is vooral een kwestie van hart en ziel, en niet alleen van verstand. Het gaat erom wat we goed vinden om te doen in kwetsbare fases van het leven van mensen. En dat is niet voor iedereen hetzelfde. Eenduidig wetenschappelijk bewijs doet onvoldoende recht aan dit morele en persoonlijke karakter van goede zorg. We moeten met elkaar telkens de dialoog aangaan over wat goede zorg is. Met de context van mensen als belangrijke input."

Een maatschappij is altijd in ontwikkeling. Waar normen, impliciete en expliciete regels veranderen heeft dit gevolgen voor wat we als gezond en ziek verstaan en hoe we kijken naar psychische problemen en psychisch welzijn. Daar gaan we in het volgende deel dieper op in.

³⁷ Santana S, Lausen B, Bujnowska-Fedak M, Chronaki CE, Prokosch HU, Wynn R. Informed citizen and empowered citizen in health: results from an European survey. BMC Fam Pract. 2011;12:20

³⁸ https://www.npo.nl/dokters-vs-internet/KN_1686696

³⁹ Zonder context geen bewijs: Over de illusie van evidence-based practice in de zorg. (2017). Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.

3. Over ziek en gezond

Tot op de dag van vandaag is de benadering van menselijke gezondheid altijd gebaseerd geweest op het falen van of tekortkomingen in de gezondheid. Het biomedisch model en het biopsychosociale model⁴⁰ van ziekte zijn theoretische kaders die uit dit denken zijn voortgekomen en zich vooral toespitsen op hindernissen en tekortkomingen in het menselijk functioneren. De nadruk op pathologie, die zich richt op identificatie en behandeling van ziekte, heeft de medische wetenschap enorme vooruitgang opgeleverd de laatste eeuw.

Desalniettemin moeten we ons bewust zijn dat ziekte-modellen individuen voornamelijk in negatieve termen beschrijven, wat extra problematisch is bij de behandeling van onze jonge doelgroep die volop in ontwikkeling is. Problemen zoals gedefinieerd in ziektemodellen vereisen externe oplossingen, voornamelijk te verstrekken door artsen, verpleegkundigen, medicijnen en/of door sociale diensten. Toepassing van zulke modellen impliceert dat individuen met problemen hulp moeten zoeken en vragen van buitenaf, in plaats van zelf eigenaar van hun oplossing te zijn. Dit heeft een negatieve invloed op het probleemoplossend vermogen en het zelfvertrouwen van kinderen, jong-volwassenen en hun ouders, terwijl zij dit juist in en na de behandeling nodig hebben om met de problemen van alledag om te kunnen gaan.

Vanuit De Opvoedpoli voelen we ons verbonden met de definitie van positieve gezondheid zoals beschreven door Machteld Huber, de Gezondheidsraad en ZonMw in 2012⁴¹. In dit concept wordt gezondheid niet meer gezien als de afwezigheid van ziekte, maar als het vermogen van mensen om met de fysieke, emotionele en sociale levensuitdagingen om te gaan en zoveel mogelijk eigen regie te voeren. In deze visie is gezondheid niet langer meer strikt het domein van de zorgprofessionals, maar van ons allemaal. Het gaat immers om het vermogen om met veranderende omstandigheden om te

kunnen gaan. Deze definitie is breder dan de klassieke definitie van de World Health Organisation, en biedt ruimte voor niet-klassieke thema's die weldegelijk een rol spelen in (fysieke) gezondheid, zoals persoonlijke groei, het vervullen van doelen, het voeren van regie en aandacht voor zingeving.

Deze manier van kijken is van invloed op de betekenis van begrippen 'ziek' en 'gezond' en 'normaal' en 'niet-normaal'. Wat als normaal wordt gezien lijkt steeds in een smallere bandbreedte te komen. Veranderende maatschappelijke opvattingen en eisen leiden tot 'nieuwe ziektebeelden', maar ook tot een toename van bestaande ziektebeelden, zoals de toegenomen prevalentie⁴² van mensen met een Autismespectrumstoornis. Ontwikkelings- en gedragsstoornissen bieden veel ruimte voor interpretatie en zijn contextafhankelijk, de stoornissen komen soms pas aan het licht in specifieke situaties. Dit betekent dat de prevalentie kan veranderen als de maatschappelijke omstandigheden veranderen⁴³. Of wanneer de diagnostische criteria, al dan niet onder invloed van de lobby van farmabedrijven, worden aangepast. Naast toegenomen kennis is het dus ook denkbaar dat de sterke stijging van het aantal diagnoses in het autistisch spectrum voor een belangrijk deel voortkomt uit de veranderende eisen die de moderne maatschappij aan individuen stelt.

We kunnen in dit licht ook kijken naar een diagnose als Body Dysmorphic Disorder, waarbij mensen een onmetelijke ontevredenheid over het uiterlijk en ingebeeld lelijkheid ervaren, wat zich presenteert als een stoornis van de lichaamsbeleving. Sinds tien jaar kunnen mensen terecht voor specialistische behandelingen, bijvoorbeeld in het AMC. Volgens Nienke Vulink, psychiater in het Academisch Medisch Centrum (AMC) en expert op het gebied van BDD speelt de huidige 'selfie-cultuur', waarbij (o.a. in de media) veel aandacht

⁴⁰ Engel, G. (1977, 04). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.

⁴¹ <http://www.allesisgezondheid.nl/content/positieve-gezondheid>

⁴² <http://www.nji.nl/Autisme-Probleemschets-Cijfers>

⁴³ Teunisse, J.P. (2009). De rol van de klinisch neuropsycholoog in de diagnostiek van autismespectrumstoornissen. *Tijdschrift voor Neuropsychologie*, 3, 15-28.

aan het uiterlijk wordt besteed een rol bij de ontwikkeling van dit 'ziektebeeld'. Vulink: *"Hoewel hier nog geen grootschalig onderzoek naar is gedaan, heb ik de overtuiging dat dit zeker een rol speelt. Deze cultuurverandering die je ziet, waarbij men elkaar altijd maar observeert en het erom gaat gezien te kunnen en willen worden op sociale media, doet de prevalentie toenemen. Als dit wat breder wordt getrokken dan zie je dat in het algemeen mensen die van nature introverte zijn en onzeker, juist zij gevoeliger zijn voor dit veranderende cultuurbeeld en zich laten beïnvloeden door wat zich afspeelt in de media⁴⁴."*

Wetenschapshistoricus en -socioloog Trudy Dehue stelt⁴⁵ dat het ideaal van de maakbare maatschappij inmiddels is ingeruild voor het ideaal van het maakbare individu. Het drukt de neoliberale moraal uit dat succes een keuze is. Deze moraal kan stimulerend zijn en vrijheid bieden om je doelen na te streven, maar er zitten keerzijden aan. Als succes een keuze is, geldt dat immers voor mislukking ook. En als gezondheid een keuze is, geldt dat ook voor ziekte. Dat besef maakt mensen tegelijk onbarmhartig en onzeker, want het ondermijnt ons aller verantwoordelijkheid voor elkaar en daarmee ons vertrouwen dat anderen je opvangen als het echt nodig is. Het idee van de eigen keuze ontkent, anders gezegd, de rol van toeval bij slagen en falen, wat bij het eerste gemakkelijk tot arrogantie leidt en bij het tweede tot gevoelens van waardeloosheid. Dehue vraagt zich af wat 'normaal' betekent en beschouwt medicalisering en overdiagnostiek als logische uitwassen van deze opvattingen. Het systeem van diagnose-behandel-combinaties in de psychiatrie gaf de overheid (en de verzekeraar) een stem in de spreekkamer door de hulpverleners te dwingen DSM-diagnoses te stellen. Vanaf de laatste eeuwwisseling ging het in de hele geneeskunde draaien om omzet en rendement, zo stelt zij⁴⁶.

Het denken van de Vlaamse hoogleraar klinische psychologie en psychoanalyse Paul Verhaeghe⁴⁷ sluit hierop aan. Hij stelt dat het huidige neoliberalistische dogma succes of falen in de maatschappij louter op het conto van een individu toeschrijft. De schuldvraag van falen of ziek zijn is hiermee verworpen tot de verantwoordelijkheid van een individu. Naast een moreel stigma dat herstel bij deze kwetsbare doelgroep verder in de weg staat is het een kwalijke reductie van de werkelijkheid, waarbij gedrag of ziekten ook deels het gevolg kunnen zijn van omgevingsfactoren, erfelijkheid of toeval. Complexe psychische problematiek zou veel meer gezien moeten worden als een *wicked problem*⁴⁸ en niet los te zien van opvoeding, systemen, de maatschappelijke context en netwerken waarin kinderen, jongeren en gezinnen zich begeven. Dirk de Wachter, psychiater, psychotherapeut, systeemtherapeut en hoogleraar aan de KU Leuven, schijft in zijn boek "Borderline times" dat patiënten gezien kunnen worden als de symptoomdragers van een ziektebeeld waaraan een hele maatschappij lijdt⁴⁹. Er is dus weinig verschil tussen patiënten en niet-patiënten: diegenen die het etiket niet dragen zijn evenzeer ziek in het bedje van "de" ziekte, en anno 2012 is dat borderline. Volgens Dehue⁵⁰ is het een alternatief om meer in termen van falende structuren dan van falende individuen te gaan denken.

⁴⁴ <https://www.mijngezondheidsgids.nl/7-vragen-over-body-dysmorphic-disorder-bdd/>

⁴⁵ <https://www.groene.nl/artikel/de-patient-is-niet-goed-snik>

⁴⁶ <https://www.groene.nl/artikel/de-patient-is-niet-goed-snik>

⁴⁷ Verhaeghe, P. Identiteit. Amsterdam: De Bezige Bij, 2016. Print.

⁴⁸ https://en.wikipedia.org/wiki/Wicked_problem

⁴⁹ Wachter, D. De. Borderline Times: Het Einde Van De Normaliteit. Leuven: LannooCampus, 2016. Print.

⁵⁰ <https://www.groene.nl/artikel/de-patient-is-niet-goed-snik>

4. Psychisch gezondheid in context: een volgende stap

De huidige werkwijze van De Opvoedpoli sluit op veel punten aan bij de brede opvattingen over gezondheid en psychisch welzijn. Toch willen en moeten we een volgende stap maken. Dat doen we niet alleen. Er zijn veel mooie bewegingen om op een eigentijdse manier te kijken naar psychische gezondheid en initiatieven om manieren van werken te ontwikkelen die daarop aansluiten.

Samen met collega's willen we deze bewegingen en initiatieven versterken. We willen werken aan mensgerichte, persoonlijke hulp en behandeling die recht doet aan diversiteit en minder is gericht op stoornis en meer focust op veerkracht en het systeem waar jongeren, kinderen en gezinnen deel van uitmaken.

Zoals we ook al in de inleiding zeiden: we hebben geen pasklare antwoorden of oplossingen. Wel laten we graag zien waar we mee bezig, hoe we experimenteren en welke vragen we hebben. We hopen op kritische feedback en ideeën om verder te verbeteren.

De Opvoedpoli is in 2008 opgericht als antwoord op het sterk versnipperde aanbod in de toenmalige jeugdzorg. Het voornaamste idee was dat het anders moest: slechten van schotten tussen verschillende soorten zorg, toegankelijker, laagdrempeliger en persoonlijker. Doen wat nodig is aansluitend bij de vraag en behoeften van jongeren, kinderen en hun gezinnen. Anno 2017 is dat nog steeds de werkwijze van De Opvoedpoli. Wij behandelen kinderen en jongeren van 0 tot 27 jaar met (complexe) psychische problemen. Dat doen we altijd in combinatie met ondersteuning bij opvoeden en aanpakken van problemen die er spelen binnen het gezin, bij

de ouders of op school. We zijn gespecialiseerd in het integreren van psychologische- en psychiatrische behandeling met orthopedagogische gezinsondersteuning. We kijken altijd naar het geheel, eerst naar de mens en zijn omgeving, en dan naar de vraag en het probleem. En om dat te kunnen doen maken we eerst contact, kijken we wat er aan de hand is en praten we tegelijkertijd over doelen of gewenste richting. Pas daarna beslissen we welke behandelmethode of therapie het beste aansluit. Dat lijkt vanzelfsprekend, maar is het niet. Te vaak worden mensen als ze in aanraking komen met zorg in een hokje geplaatst en gereduceerd tot hun symptomen. "Dat is een

adhd-er" wordt er dan bijvoorbeeld gezegd. Daar verzetten wij ons tegen. Wij sluiten aan, gaan uit van een gelijkwaardige relatie en zetten tegelijkertijd ons gezond verstand en onze specialistische kennis in. We vinden het belangrijk dat mensen zich bij ons thuis voelen. Onze poli's zijn huiselijk ingericht, geen balie of kille wachtruimte. Ouders en jongeren hebben het mobiele nummer van hun hulpverlener zodat ze direct en persoonlijk contact kunnen houden. Als het nodig is zijn onze coaches en behandelaars 24/7 beschikbaar voor jongeren en gezinnen die zij behandelen.

Veerkracht

In navolging van de uiteenzetting in de vorige paragraaf pleiten wij om als hulpverlener, naast klachten en problemen, meer dan nu gebeurt, focus aan te brengen op iemands krachten, wensen en vaardigheden die recht doen aan het nastreven van de bredere definitie van gezondheid.

Veerkracht staat daarbij centraal. Veerkracht is een begrip uit de ecologie dat staat voor de universele capaciteit om de versturende gevolgen van tegenslag te doorstaan, te benutten, er beter mee te leren omgaan, te minimaliseren of te voorkomen. Het stelt het adaptief vermogen van mens en omgeving in een complexe wereld centraal. Veerkracht kan zowel gezien worden als een kwaliteit van een persoon als een kwaliteit van de interactie tussen mens en omgeving. Die verwevenheid tussen de mens en zijn omgeving is groot. Onze relatie met de wereld, onze relatie met anderen en die met onszelf zijn van invloed op ons psychisch welzijn. Ondersteuning bij psychisch welzijn draait om het herstellen en verstellen van deze relaties. Vanuit het denken in interactiepatronen is ziekte niet het afwijken van wat als norm wordt gezien, maar afhankelijk van de context. Een verschil in context kan eenzelfde ontregeling een heel andere betekenis geven. Het impliceert ook dat ondersteuning en interventies zowel gericht kunnen zijn op het individu als op anderen en de omgeving⁵¹.

Redesigning Psychiatry⁵²

De Opvoedpoli participeert in het project Redesigning Psychiatry. Dat is een project waarin ontwerpers en filosofen samen met een aantal innovatieve organisaties* een gewenst toekomstbeeld van de geestelijke gezondheidszorg voor 2030 ontwikkelen. Redesigning Psychiatry is ontstaan vanuit de overtuiging dat de geestelijke gezondheidszorg in Nederland toe is aan radicale vernieuwing waarbij menselijke waarden voorop staan. De GGZ staat voor economische en demografische uitdagingen, terwijl tegelijkertijd de onderliggende paradigma's betreffende diagnosestelling (bijv. DSM5) en behandeling ter discussie worden gesteld. Dit biedt de kans om de GGZ fundamenteel te herzien. Voor velen is het echter lastig om voorbij de huidige kenmerken en grenzen van het systeem te denken. Dit is nu juist de kracht van de ontwerper. Door te anticiperen op de toekomst, in plaats van te focussen op de problemen van vandaag, kunnen zij laten zien hoe het anders kan. Versterkt door filosofen en in nauwe betrokkenheid met behandelaren, waarborgt Redesigning Psychiatry de verankering van deze visie in waarden en in de praktijk. Tijdens het symposium vertellen de ontwerpers van Redesigning Psychiatry hoe ver we zijn en gaan zij met de deelnemers het gesprek aan over de volgende stappen.

*Altrecht, Dimence, GGZ Eindhoven, GGZ Noord-Holland-Noord, Karakter, Parnassia Groep, Kwintes, Lister, MIND en De Opvoedpoli.

De focus op veerkracht om een uitbreiding van ons behandelrepertoire. We proberen in onze behandelingen naast klachten en problemen, structureel focus aan te brengen op iemands krachten, wensen en vaardigheden. Zo hopen we kinderen en jongeren aan te leren dat zij meer in zich hebben dan zij vaak geloven en

meer zijn dan alleen hun ziektebeeld. Van 'deficit naar asset', waarbij niet alleen iemands diagnose centraal staat, maar ook het versterken of aanleren van vaardigheden die kinderen, jongeren en hun omgeving in staat stellen zo duurzaam mogelijk verder te kunnen tijdens en na de behandeling

⁵¹ Voerman, S. A., de Boer, F., Tromp, N., van den Berg, D., van Dijk, M., Jacobse, L., & Voorneman, B. Redesigning psychiatry: innoveren voor psychisch welzijn in de 21e eeuw. Amsterdam: Redesigning Psychiatry. 2016.

⁵² Voerman, S. A., de Boer, F., Tromp, N., van den Berg, D., van Dijk, M., Jacobse, L., & Voorneman, B. Redesigning psychiatry: innoveren voor psychisch welzijn in de 21e eeuw. Amsterdam: Redesigning Psychiatry. 2016.

Positieve diagnostiek en behandeling: From deficit to asset

De gezondheidszorg, ook de GGZ, richt zich op identificatie en behandeling van ziekte. Dit heeft de medische wetenschap enorme vooruitgang opgeleverd de laatste eeuw. Maar ziektemodellen beschrijven doorgaans problemen die vaak externe oplossingen vereisen, voornamelijk te verstrekken door artsen, verpleegkundigen, medicijnen enz. Ook is psychische gezondheid meer dan het gebrek aan ziekte. Juist bij jongeren, kinderen en gezinnen is het belangrijk om probleemoplossend vermogen en veerkracht te stimuleren, naast het behandelen van iemands klachten. Hiertoe ontwikkelen we instrumenten en benaderingswijzen. We proberen in onze behandelingen naast klachten en problemen, structureel focus aan te brengen op iemands krachten, wensen en vaardigheden. Zo hopen we kinderen en jongeren aan te leren dat zij meer in zich hebben dan zij vaak geloven en meer zijn dan alleen hun ziektebeeld.

Van 'deficit naar asset', waarbij niet alleen iemands diagnose centraal staat, maar ook het versterken of aanleren van vaardigheden die kinderen, jongeren en hun omgeving in staat stellen zo duurzaam mogelijk verder te kunnen tijdens en na de behandeling. Tijdens het symposium presenteren we hoe ver we zijn en verkennen we aanvullende mogelijkheden.

We proberen om in behandelingen meer psycho-educatie te bieden over opgroei-, opvoedings- en psychische problemen, die iedereen in zijn leven in meer of mindere mate zal tegenkomen. In de hulpverlening bestaat het gevaar reguliere processen die horen bij opgroeien en opvoeden onnodig te problematiseren, door te weinig focus aan te brengen op krachten, protectieve factoren, positieve emoties en de opgroei- en opvoed-uitdagingen die horen bij het leven. De recente SIRE-campagne 'Laat jij jouw jongen genoeg jongen zijn'⁵³ vraagt bijvoorbeeld aandacht voor een herwaardering van en meer ruimte voor normaal gedrag bij jongens, in plaats van dit gedrag te problematiseren met overdiagnostiek en medicalisering als gevolg. Het is daarbij opvallend dat jongens vier keer zo vaak de diagnose ADHD krijgen als meisjes. Het maatschappelijk debat dat is ontstaan uit deze campagne toont aan dat de beoordeling van (ab)normaal gedrag aan discussie onderhevig is. We zijn dus

geen voorstander van het opwerpen van drempel daar waar specialistische hulp nodig is maar wel om klachten te beschouwen en te onderzoeken in relatie met de ontwikkelingen en maatschappelijke eisen van deze tijd. En benutten van mogelijkheden in de omgeving van kinderen en jongeren. Alfons Crijnen, kinder- en jeugdpsychiater en geneesheer-directeur bij De Opvoedpoli ontwikkelde Taakspel dat docenten gebruiken in de klas. Taakspel sluit uitstekend aan bij kinderen waar het hier over gaat. Alfons ontwikkelde dit al een aantal jaar geleden omdat interventies voor kinderen met problemen op school ontbraken.

We moeten als hulpverleners interventies rond de opvoeding en opgroeien goed begrijpen en volop inzetten en ouders en leerkrachten de beste tools meegeven die er ook maar beschikbaar zijn. Daar hoort ook bij accepteren en omgaan met divers gedrag. En daarnaast moeten we het ook aandurven om als dat

nodig is medicatie aan te bieden ter ondersteuning van veerkracht wanneer de andere interventies onvoldoende werken.

Wij gaan ervan uit dat kinderen, jongeren en ouders in deze tijd informatie opzoeken op internet en actief bezig zijn met hun herstel. Dit kan helpend mits de informatie die zij tegenkomen correct is en bijdraagt aan hun herstel. Wanneer iedereen zijn eigen therapeut kan zijn, ligt er een rol weggelegd voor professionals en behandelaars om cliënten te voorzien van correcte informatie, dan wel te verwijzen naar (digitale) informatiebronnen waarop deze te vinden is. Ook wordt het steeds belangrijker om duiding te bieden aan de diagnoses en voorkennis waarmee jeugdigen en ouders de behandelkamer binnen komen. Naast traditionele behandelaar vervul je zo ook de rol van vertaler, mede-onderzoeker, curator of poortwachter in de informatie-overload anno nu.

⁵³ <http://www.laatjijjouwjongenogenoegjongenzijn.nl/>

Van organisaties naar organiseren, van sector naar netwerken

Er lijkt sprake van een patroon waarbij de Jeugd-GGZ als sector steeds complexer wordt naarmate de maatschappij complexer wordt. Wij pleiten voor een omgekeerde beweging: in tijden van toenemende complexiteit en afnemende zekerheden is het zaak dat juist instituties die hulpverleners minder complex worden, en meer toegankelijk en flexibel hulp kunnen verlenen. We zullen minder de nadruk moeten leggen op organisaties en ons meer richten op organiseren van hulp en behandeling. Organisaties zien als vaste entiteiten of een cluster van organisaties als sector belemmert om daarwerkelijk te doen wat nodig is en aan te sluiten bij de specifieke behoeften van kinderen, jongeren en hun gezinnen. Organiseren is een proces waarin betrokken, kinderen, jongeren, gezinnen, hun netwerk, omgeving en behandelaren elke keer weer opnieuw zoeken naar mogelijkheden, dingen uitproberen, vasthouden wat werkt en loslaten wat niet werkt. We willen een netwerk dat nog meer dan nu in verschillende andere sectoren actief is. Verbindingen met andere levensterreinen van de gezinnen en kinderen, zoals school, sport, dans, muziek, theater en werk.

Juist de gebieden waar veel winst te behalen is op gebied van veerkracht, ontplooiing en ontwikkeling. De financiering van geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren moet dan ook veel meer in samenwerking met andere sectoren begrepen en ingericht worden.

Geïntegreerd werken: verbinden van Jeugdzorg, Jeugd-GGZ en volwassen-GGZ

De verbinding en integratie tussen Jeugd-GGZ en jeugdzorg is er een die we als Opvoedpoli al vanaf het begin van ons bestaan met succes hebben vormgegeven. We integreren psychologische- en psychiatrische behandeling met orthopedagogische gezinsondersteuning. Op de Poli's doen we dat door aan een tafel gezinscoaches, systeemtherapeuten, psychologen en psychiaters te laten afstemmen en samenwerken. Inmiddels begrijpen we en kunnen we steeds meer op het gebied van mishandeling en verwaarlozing, veiligheid, hechting en trauma. We weten dat onveiligheid in de jeugd en de psychische schade die daardoor ontstaat een belangrijke voorspeller is voor veel vormen van psychische problemen op latere leeftijd. Het stoppen van onveiligheid en het voorkomen of tijdig behandelen

van psychotrauma zien we als een uiterst belangrijke maatschappelijke opdracht. Bekend is ook dat trauma-tisering en psychopathologie bij ouders belangrijke risicofactoren zijn voor onveiligheid in gezinnen. Deze onveiligheid bestaat niet alleen uit huiselijk geweld, mishandeling en verwaarlozing maar zeker ook uit emotionele onveiligheid in de vorm van onveilige gehechtheid. Getraumatiseerde ouders laten in interactie met hun kinderen meer zogenaamd desorganiserend gedrag. Deze problemen van volwassenen zijn vervolgens weer een bron van onveiligheid en onveilige hechting bij kinderen en daarmee een van de oorzaken van psychische problemen bij kinderen. Op die manier worden problemen van generatie op generatie overgedragen.

We geloven dat we onze geïntegreerde werkwijze nog verder moeten ontwikkelen. Het is echt nodig om de expertise en de deskundigheid uit de jeugdzorg, Jeugd-GGZ en de volwassen GGZ te verbinden en samen te werken om trauma-sensitieve en risico gestuurde zorg rond mishandeling en verwaarlozing aan te kunnen bieden. We gaan dit samen met Atra Jeugdzorg en GGZinGeest verder volop uitbouwen.

Cohesie jeugd- en volwassenen GGZ in gezinnen

Ervaring en onderzoek leert dat kinderen met psychische problemen vaak opgroeien in gezinnen met ouders die ook psychische hulp nodig hebben. Er wordt vanuit een zowel wetenschappelijk als klinisch perspectief besproken welke problematiek binnen gezinnen kan spelen en hoe deze behandeld kan worden. Financieringsstromen, organisatie en wet- en regelgeving zorgen dat er doorgaans weinig samenhang is tussen behandeling van ouder en kind. Tijdens het symposium presenteren De Opvoedpoli en GGZinGeest samen hoe dit beter georganiseerd kan worden en vragen we de deelnemers om mee te denken.

Verder zoeken we naar mogelijkheden om een beter intensief, ambulante alternatief te ontwikkelen ter voorkoming of verkorten van residentiele opname. De manier waarop in ons land de zorg georganiseerd is gaat nog steeds veelal uit van op zichzelf staande problemen. Psychologen behandelen psychische problemen, jeugdzorgwerkers opvoedvraagstukken, en schuldhulpverleners richten zich op de schulden in een

gezin. Maar de druk die uitgaat van bijvoorbeeld schulden, problemen met huisvesting en werk hebben grote impact op de geestelijke gezondheid. Niet alleen van ouders, maar ook van kinderen. Problemen zijn als domino-stenen, het een leidt vaak tot het ander. Hulp bieden op één vlak, betekent niet dat er geen domino-stenen meer omvallen. Een klein tikje op een andere plek is voldoende om

weer in een negatieve spiraal terecht te komen. Bij De Opvoedpoli werken behandelaars met de principes van Wrap Around Care. Daadwerkelijk invulling daaraan geven binnen de specialistische jeugd-GGZ is niet altijd gemakkelijk, maar wel nodig. Met ons zogenaamde 'A-team' experimenteren we hoe we complexe problemen in gezinnen met een integrale aanpak op verschillende vlakken kunnen helpen.

Het A-team

Het A-team is een geïntegreerd multidisciplinair team van De Opvoedpoli en Altra dat met een onconventionele, outreachende en hoog-intensieve aanpak doet wat nodig is voor gezinnen met zeer complexe problemen. Bij deze gezinnen is veelal sprake van een onveilige situatie of moet de veiligheid onderzocht worden. We werken daarbij buiten de gebaande paden, hanteren flexibele werktijden en passen hoogwaardige kennis, methoden en expertise uit de jeugd- en opvoedhulp, jeugd- en volwassenpsychiatrie en schuldhulpverlening toe om uit te vinden wat wel en niet werkt. Schotten tussen instellingen binnen het sociale domein, maar ook financieringsstromen worden daarbij doorbroken en nieuwe interventies zoals het tijdelijk werken met flexibele (gezins)opvangplekken kunnen worden ingezet.

Anders organiseren en verantwoorden

De opvattingen over psychische gezondheid, veerkracht en maatschappelijke ontwikkelingen die we in dit paper beschrijving vragen ook om een specifieke manier van organiseren. Hulpverleners hebben ruimte nodig om weloverwogen beslissingen te nemen en te kunnen doen wat nodig is om aan te sluiten bij de behoefte van kinderen, jongeren en gezinnen. Zo werken we bij De Opvoedpoli. Niet de regels zijn leidend maar de visie en waarden waarvan uit we werken. Onze behandelaars en coaches zijn niet alleen verantwoordelijk voor het bieden van goede zorg maar ook voor het organiseren van hun eigen werk. Behandelaars plannen zelf hun afspraken op de poli of bij gezinnen thuis of beslissen in samenspraak met het gezin dat het nodig is om naar de school te gaan. Er wordt

niet gewerkt met spreekuren of roosters. Medewerkers bepalen hun eigen werktijden en bereikbaarheid in afstemming met collega's zodat ze optimaal kunnen aansluiten bij wat gezinnen en jongeren met psychische problemen nodig hebben. Dit principe volgt logischerwijs uit de manier waarop je als behandelaar met cliënten omgaat. Wij staan naast hen, en niet tegenover hen. We waarderen hen als mens, en niet als product van een ziekte. We kennen als behandelaars allemaal het belang van de therapeutische relatie met cliënten. Hoe we met cliënten omgaan is een parallel proces hoe we als organisatie met de medewerkers omgaan.

Deze manier van werken zullen we nog sterker moeten ontwikkelen om de beoogde vernieuwingen vorm te geven. Maar dat staat in schril contrast met de toenemende bureaucratie en regeldruk zoals

beschreven in het eerste deel van dit paper. We willen de ontwikkeling waarin sprake is van herwaardering van context-based practice benutten om samen met collega organisaties en gemeenten een eenvoudige waarde gedreven manier van verantwoorden te ontwikkelen. De Opvoedpoli, samen met Spirit Jeugd en Opvoedhulp, netwerkorganisatie Broosz, en het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) hebben hiertoe eerste stappen gezet. Wat is betekenisvolle kwaliteit en hoe willen we op een eenvoudige manier zicht geven op de besteding van de middelen? Niet eenzijdig vanuit het meten = weten paradigma en gebruik van cijfermatige indicatoren maar vanuit de daadwerkelijke betekenis van de hulp voor cliënten. Wij zoeken gemeenten die met ons een radicale keuze willen maken om gezamenlijk vernieuwende manieren van verantwoorden te ontwikkelen die aansluiten bij deze tijd.

Eigen arbeidvoorwaarden

De Opvoedpoli heeft sinds 2017 een eigen cao gebaseerd op arbeidsvoorwaarden die passen bij de visie en werkwijze. Annemarie van Dalen, bestuurder van de Opvoedpoli zegt daarover het volgende in een blog op Skipr: "We dreigen te vergeten dat sector-cao's zelf ook bron zijn van regeldruk en bureaucratie. Mijn ervaring als bestuurder van De Opvoedpoli is dat vernieuwing in de jeugd-ggz vraagt om arbeidsvoorwaarden die zijn afgestemd op de behoeften van medewerkers en van gezinnen en jongeren die we behandelen en ondersteunen.

Mijn ervaring is ook dat professionals prima in staat zijn ruimte en verantwoordelijkheid te benutten om daar binnen kaders zelf invulling aan te geven. Zij zoeken elke keer weer opnieuw naar specifieke oplossingen voor unieke kinderen en gezinnen en doen wat nodig is zodat die weer zelfstandig verder kunnen. Deze autonomie maakt het mogelijk om echt te doen wat werkt en nodig is voor cliënten. En het stelt professionals in staat om werk en privé te combineren op een manier die bij hun individuele leven past. Dat leidt niet alleen tot groter werkplezier, gevoel van eigenaarschap, een laag ziekteverzuim maar ook tot hoge tevredenheid van cliënten.

Bij onze manier van werken past dus geen standaard cao die voorschrijft op welke tijden gewerkt wordt, hoe lang een dienst mag zijn, waar een rooster aan moet voldoen, hoe veel uur een medewerker vrij van dienst moet zijn na een dienst, wat onder aaneengesloten vrije dagen of een verschoven dienst wordt verstaan, hoe een persoonlijk ontwikkelplan eruit moet zien etc. Dat leidt allemaal af van de bedoeling: doen wat nodig is voor jongeren en gezinnen. Daarom hebben wij onze eigen arbeidsvoorwaarden, en sinds kort een eigen bedrijfs-cao, die tot stand is gekomen in dialoog tussen medewerkers, ondernemingsraad, bestuurder en Alternatief Voor Vakbond.

Echt maatwerk dus. En juist in dat woord zit de angel. Iedereen is namelijk voor maatwerk, ook GGZ Nederland, de SER en de bonden, zo leert een gang langs de diverse sites.

En ondanks die uitspraken wordt nog steeds gestreefd naar algemeen bindend verklaringen van sector cao's. Maatwerk blijkt onderdeel van de nieuwe managementspeak: we omarmen wel de woorden maar niet de praktijk die daarbij hoort. Maatwerk betekent namelijk niets anders dan verschil maken. En verschil, tussen mensen, tussen organisaties, tussen..., dat ligt gevoelig.

En daar ligt dus ook onze uitdaging: verschil maken en verschil laten bestaan.

Daarvoor hebben we geen algemeen bindende voorschriften nodig maar ruimte en lef om werkelijk op een eigentijdse manier verantwoordelijkheid te nemen. Hoe mooi zou het zijn als de sociale partners het idee van 'one size fits all' loslaten. Maatwerk? Laten we het verschil maken!

Tot slot

Wij hebben met veel plezier gewerkt aan dit paper. We hopen dat het oproept tot discussie en dat dat leidt tot nieuwe inzichten. Veel van de concepten zijn niet nieuw maar wel belangrijk genoeg om (weer) op de voorgrond te zetten en nieuwe combinaties te maken. De echte vernieuwing zit niet in het omarmen van de woorden maar in de daadwerkelijke uitvoering in de praktijk met alle consequenties die daarbij horen