

# Transitie en transformatie in de jeugdzorg

*Jan M.A.M. Janssens*

- 2.1      **Inleiding – 22**
- 2.2      **Jeugdzorg – 23**
- 2.3      **Problemen – 23**
  - 2.3.1    Oplossing voor problemen in de nulde en eerste lijn – 24
  - 2.3.2    Oplossingen voor de problemen in de tweede lijn – 28
- 2.4      **Een betere toekomst? – 30**
- 2.5      **Slot – 31**
- Literatuur – 32**

**Prof. dr. Jan M.A.M. Janssens** is emeritus hoogleraar Opvoedings- en Gezinsondersteuning, voormalig directeur van het Onderwijsinstituut Pedagogiek en Onderwijskunde en van het Onderwijsinstituut Maatschappijwetenschappen van de Radboud Universiteit te Nijmegen.

## 2.1 Inleiding

In 2012 heb ik afscheid genomen als hoogleraar Opvoedings- en gezinsondersteuning aan de Radboud Universiteit. Ik deed dat met een afscheidsrede 'Jeugdzorg en Orthopedagogiek' (Janssens 2012). Eerst werd geschetst hoe de jeugdzorg in ons land in elkaar zat en daarbij werd een onderscheid gemaakt tussen de nulde, eerste en tweede lijn. Vervolgens werd ingegaan op de problemen die zich in deze lijnen voordoen. In de nulde lijn (bijvoorbeeld scholen en kinderdagopvang) betrof het de niet optimale signalering van jongeren en ouders met problemen. In de eerste lijn (bijvoorbeeld de jeugdgezondheidszorg, het maatschappelijk werk) ging het om wildgroei aan vormen van hulpverlening en een te grote doorstroom naar de tweedelijnszorg. Wat betreft die tweede lijn (bijvoorbeeld de jeugdhulpverlening en de geestelijke gezondheidszorg) werd het probleem van gescheiden geldstromen aan de orde gesteld, evenals de wildgroei aan interventies, het geringe aantal evidence-based methodieken en gebrek aan coördinatie van zorg. Vervolgens werd ingegaan op oplossingen voor deze problemen en is aangegeven hoe de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) die in elke gemeente in 2011 zouden moeten zijn opgericht, daaraan een belangrijke bijdrage zouden kunnen leveren.

We zijn nu drie jaar verder. In die drie jaar is er veel gebeurd. In mijn afscheidsrede werd alleen gewag gemaakt van de vorming van CJG's en werd optimisme uitgesproken over de centrale rol die deze centra zouden kunnen gaan spelen in de jeugdzorg. Na 2012 was er een verdere ontwikkeling. Duidelijk werd dat met ingang van 2015 gemeenten verantwoordelijk zouden moeten worden voor de jeugdzorg. Dat proces werd aangeduid met de term transitie van de jeugdzorg naar gemeenten. Die transitie zou tevens een transformatie van de zorg moeten inhouden. Het moest gaan om een inhoudelijke omslag van werken in de zorg. De transformatie zou gericht moeten worden op vijf doelen:

1. preventie en uitgaan van de eigen verantwoordelijkheid en mogelijkheden van jongeren en hun ouders;
2. demedicaliseren, ontzorgen en normaliseren door het opvoedingsklimaat rondom gezinnen te versterken;
3. eerder de juiste hulp op maat bieden;
4. integrale hulp volgens het uitgangspunt 'één gezin, één plan, één regisseur';
5. meer ruimte voor professionals door vermindering van regeldruk.

Streven was om instroom in zwaardere vormen van jeugdzorg te beperken. En om daar, waar sprake was van complexe situaties, toch zo veel mogelijk een 'gewone' opvoedingssituatie te bewerkstelligen. De transitie van de jeugdzorg naar de gemeenten is met ingang van 2015 gerealiseerd. Ter voorbereiding op die transitie en transformatie hebben gemeenten, al dan niet gecoördineerd vanuit het CJG, wijkteams geïnstalleerd om de jeugdzorg op lokaal niveau vorm te geven. In een aantal gemeenten betreft het wijkteams specifiek voor jeugd en gezin, in andere gemeenten zijn het wijkteams die voor iedereen van 0 tot 100 jaar werken die problemen op welk gebied dan ook ervaart. Die teams zijn derhalve niet specifiek gericht op opvoedingsvragen en -problemen. In het volgende beperk ik me tot de specifieke wijkteams voor jeugd en gezin.

De vraag is nu of al deze veranderingen geleid hebben tot een beter stelsel van hulpverlening met betrekking tot opvoedingsvragen en -problemen waarmee ouders en jongeren anno 2015 worstelen.

## 2.2 Jeugdzorg

---

Om die vraag te kunnen beantwoorden wordt eerst opnieuw geschetst hoe de jeugdzorg in ons land in elkaar zat – en overigens voor een groot deel nog in elkaar zit – en daarbij wordt opnieuw een onderscheid gemaakt in zorg in de nulde, de eerste en tweede lijn. Tot de nulde lijn behoren voorzieningen met een pedagogische taak zoals scholen, kinderdagopvang en instellingen voor vrijetijdsbesteding. Professionals binnen deze voorzieningen moeten in staat zijn om alledaagse opvoedingsproblemen op te lossen en moeten signaleren als zij van mening zijn dat hulp uit de eerste of tweede lijn gewenst is. Onder de eerste lijn vallen bijvoorbeeld huisartsen, de jeugdgezondheidszorg, verschillende vormen van opvoedingsondersteuning voor ouders en advisering aan jongeren. Jeugdzorg in de tweede lijn omvat de jeugdhulpverlening, de geestelijke gezondheidszorg voor jongeren (jeugd-GGZ), de zorg voor kinderen en jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB-zorg), de jeugdbescherming en -reclassering, en gespecialiseerde onderwijsvoorzieningen. De jeugdhulpverlening werd tot 2015 door de provincies gefinancierd en omvatte allerlei vormen van ambulante en residentiële hulp voor ouders en jongeren zoals intensieve ambulante gezinsbegeleiding, pleegzorg, daghulp voor jongeren en begeleid kamer bewonen. De geestelijke gezondheidszorg voor jongeren met psychische klachten of psychiatrische problemen werd door de zorgverzekeraars en voor een deel vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) gefinancierd. Voor jongeren met een licht verstandelijke beperking waren er de orthopedagogische behandelcentra, gefinancierd vanuit de AWBZ.

De jeugdhulpverlening, de jeugd-GGZ en de LVB-zorg behoren tot het zogenaamde vrijwillige kader. Jongeren en ouders worden niet door de rechter gedwongen er gebruik van te maken. Daarnaast is er het gedwongen kader waarvan jeugdbescherming, de Raad voor de Kinderbescherming, de gezinsvoogdij, de justitiële jeugdinrichtingen en de jeugdreclassering deel uitmaken. Die vorm van hulpverlening wordt verder buiten beschouwing gelaten. Dat geldt ook voor de door het Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap gefinancierde gespecialiseerde onderwijsvoorzieningen, zoals de ondersteuning van leerlingen met een leerlinggebonden financiering, reboundvoorzieningen voor leerlingen voor wie voortijdig schoolverlaten dreigt en het speciaal onderwijs voor kinderen met een visuele, auditieve en/of lichamelijke beperking of met gedragsproblemen.

Jeugdzorg in de eerste lijn was en is nog steeds vrij toegankelijk voor ouders en jongeren. Dat gold niet voor de zorg in de tweede lijn. Daarvoor was tot 2015 een indicatie nodig. Volgens de Wet op de jeugdzorg van 2006 moest het Bureau Jeugdzorg (BJZ) indiceren welke vorm van hulpverlening een kind of jongere (en zijn/haar gezin) nodig had. Elke provincie en de drie grote steden (Amsterdam, Rotterdam en Den Haag) hadden een BJZ met lokale vestigingen. Maar ondanks de wet werd dat ideaal van één toegangspoort niet gerealiseerd. Indicaties voor zorg uit de Zorgverzekeringswet en de AWBZ kwamen ook van huisartsen of van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ). De rechter nam beslissingen over jeugdbescherming en -reclassering en over plaatsing in justitiële jeugdinrichtingen, en indicatieorganen in het onderwijs bepaalden wie werd toegelaten tot een gespecialiseerde onderwijsvoorziening.

## 2.3 Problemen

---

Met de constatering dat er geen centrale toegangspoort was voor de tweedelijnszorg ben ik in feite al begonnen met een schets van de problemen die we in het stelsel van jeugdzorg tot 2015 tegenkwamen (zie voor overzichten van deze problemen (Werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg 2010) en (Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling 2012)).

Met betrekking tot de nulde lijn werd vaak gesproken over onvoldoende signalering van jongeren en ouders met problemen. Preventie van opvoedings- en gedragsproblemen zou meer kans van slagen hebben als nuldelijnsinstellingen zoals scholen en kinderdagverblijven, eerder en beter zouden signaleren en verwijzen naar de eerste lijn. Hetzelfde gold overigens ook voor een deel van de eerstelijnszorg zoals huisartsen, politie et cetera. Op het terrein van opvoedingsondersteuning was er verder een wildgroei aan vormen ontstaan. En ten slotte gold voor de eerste lijn dat er te vlug en te veel werd verwezen naar de tweedelijnszorg.

Wat betreft de tweedelijnszorg was er op de eerste plaats het probleem van het ontbreken van een centrale toegang. Op de tweede plaats waren problemen in de tweede lijn het gevolg van gescheiden geldstromen. De verschillende sectoren (jeugdhulpverlening, jeugd-GGZ en LVB-zorg) werden uit verschillende potten gefinancierd, hadden elk hun eigen toegangslopen en hun eigen manier van werken. Daardoor sloten vormen van hulpverlening niet op elkaar aan. Vele jongeren die op meerdere terreinen problemen ervoeren, ontbeerden, eenmaal opgenomen in een bepaalde vorm van jeugdzorg, andere vormen van hulp. Een voorbeeld: een gezin kreeg intensieve ambulante gezinsbegeleiding vanwege gedragsproblemen van een van de kinderen. Ouders hadden hun gezag verloren. Hulpverlening werd gericht op herstel van de gezagsrelatie. Aan het feit dat de gedragsproblemen van het kind mede voortkwamen uit gevoelens van angst en depressie bij het kind, werd voorbijgegaan. Dat was immers een taak van de jeugd-GGZ.

Een derde probleem in de tweede lijn was de wildgroei aan interventies, en een vierde probleem het gebrek aan coördinatie van zorg tussen instellingen voor jeugdzorg onderling en tussen deze instellingen en andere instellingen en personen die betrokken waren bij opvoedings- en gezinsproblemen (bijvoorbeeld, huisarts, politie, maatschappelijk werk en scholen).

Waarom zouden de vorming van CJG's in 2011 en de transitie in 2015, in veel gemeenten gepaard gaande met de vorming van wijkteams, de problemen in de jeugdzorg beter het hoofd moeten kunnen bieden? Die vraag probeer ik in het volgende te beantwoorden.

### 2.3.1 Oplossing voor problemen in de nulde en eerste lijn

Om te beginnen is er het probleem van wildgroei wat betreft vormen van opvoedingsondersteuning. In het verleden zijn die ontwikkeld door allerlei instanties werkzaam op het terrein van welzijn, zoals consultatiebureaus, de jeugdhulpverlening, het maatschappelijk werk en het sociaal-cultureel werk. Reden voor de ontwikkeling ervan was dat men bij meer en meer ouders opvoedingsonzekerheid bespeurde. Wat te doen bij druk, opstandig, brutaal en agressief gedrag of bij verlegen, teruggetrokken gedrag? Hoe slaap- en eetproblemen op te lossen? Opvoedingsondersteuning moest op die vragen antwoord gaan geven en die ondersteuning ging vele vormen aannemen, zoals Opvoedingswinkels, Bureaus Opvoedingsondersteuning, oudercursussen en ontwikkelingsstimuleringsprogramma's. Maar, zagen ouders door de bomen het bos nog wel? En die vraag gold ook voor de voorzieningen in de nulde lijn die ouders en kinderen met problemen beter en eerder zouden moeten verwijzen naar de eerstelijnszorg. Werd op deze wijze goed vormgegeven aan primaire preventie? Primaire preventie was en is een taak van gemeenten. Er is in het verleden vaak gepleit voor één plaatselijk regionaal steunpunt Opvoedingsondersteuning, waarin alle activiteiten van afzonderlijke instellingen gebundeld zouden moeten worden. Dat zou de eerstelijnszorg transparanter maken voor ouders en personen uit de nulde lijn. Een centrale gemeentelijke aanpak is in 2011 gerealiseerd. Op initiatief van oud-minister Rouvoet van Jeugd en Gezin moest elke gemeente in

2011 een CJG hebben. Ouders, kinderen, jongeren en professionals moesten bij die centra terecht kunnen met allerlei vragen over opvoeden en opgroeien. De centra zouden advies en hulp op maat moeten gaan bieden.

In feite werd de taak van de CJG's gekoppeld aan de vijf functies die in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) genoemd worden als het gaat om de zorg van gemeenten voor kinderen en hun ouders. Het betreft informatie en advies geven, het signaleren van problemen, het zelf geven van licht pedagogische hulp, de toeleiding tot de gespecialiseerde zorg en coördinatie van zorg.

Het geven van informatie en advies betreft de eerste functie van de Wmo die op zich nog niets te maken heeft met aanwezige of vermoede problematiek in een gezin. Het gaat om informatie over opvoeding en ontwikkeling van kinderen die voor ouders, jongeren en professionals toegankelijk moet zijn. Die informatie kan worden verstrekt tijdens gesprekken met bezoekers, maar ook in de vorm van tijdschriften, folders en boeken die geleend kunnen worden of ter plekke gelezen kunnen worden.

Maar een CJG kan meer doen. Het moet ook proactief te werk gaan en zich niet beperken tot informatieverstrekking aan mensen die uit zichzelf het CJG binnenlopen. Dat kan in de vorm van samenwerking met lokale en regionale media. Er kunnen afspraken gemaakt worden met week- en dagbladen over in die bladen op te nemen rubrieken waarin telkens een ander aspect van opvoeding en ontwikkeling van kinderen belicht wordt, bijvoorbeeld de koppigheidsfase, het experimenteergedrag van pubers, eet- en slaapproblemen, grenzen stellen et cetera. Soortgelijke afspraken kunnen worden gemaakt met lokale en regionale radio- en televisiezenders over periodiek uit te zenden programma's over opvoeding en ontwikkeling van kinderen. Daarnaast kan men ouderavonden organiseren op scholen, in wijkgebouwen of binnen het eigen CJG over specifieke aspecten van opvoeding en ontwikkeling van kinderen. Jongeren kunnen tijdens informatiebijeenkomsten op school of in het CJG-gebouw geïnformeerd worden over mogelijkheden tot vrijetijdsbesteding of over wijkgebonden projecten waarvoor jongeren zelf verantwoordelijkheid nemen. Algemene voorlichting over opvoeding en ontwikkeling van baby's en peuters kan ook gegeven worden in het kader van cursussen zwangerschapsgymnastiek en -voorlichting. Waarom zou je die bijeenkomsten beperken tot informatie over medische aspecten?

Vanaf 2011 hebben de CJG's geprobeerd aan deze eerste functie van de Wmo vorm te geven. Er kwamen inloopsprekuren, er konden vragen gesteld worden via de website van het CJG en er werden voorlichtingsavonden georganiseerd voor ouders en jongeren over allerlei vormen van opvoedingsproblematiek. Maar helaas, het liep geen storm. Het CJG in Nijmegen en dat in Wijchen trokken gemiddeld twee bezoekers per week (Gaertner 2011). Voorlichtingsbijeenkomsten werden beter bezocht. Maar een aantal activiteiten die in het voorgaande genoemd zijn als mogelijke taken voor een CJG, werden en worden nog steeds niet in voldoende mate uitgevoerd. Ook de naam CJG verdween geleidelijk meer en meer uit beeld. In een groot aantal gemeenten wordt sinds 2015, mede ingegeven door de transitie van de jeugdzorg naar gemeenten, gewerkt met wijkteams, al dan niet gecoördineerd vanuit het CJG. In de wijkteams zitten vertegenwoordigers van allerlei jeugdzorg- en welzijnsinstellingen. Zij zijn vooral gericht op het onderkennen van wijkbewoners die zorg behoeven en veel minder dan het CJG op de noodzaak van informeren en advies geven. Door deze ontwikkeling dreigt die eerste functie van de Wmo in vergetelheid te raken.

Dan de tweede functie uit de Wmo: het signaleren van problemen. Ook hier maak ik een onderscheid tussen een meer of minder proactieve aanpak. Relatief simpel is de signalering als ouders of kinderen zelf een probleem in een CJG of wijkteam ter sprake brengen. Maar goed signaleren is meer dan afwachten of er klanten komen. De praktijk leert inmiddels dat

2 die niet spontaan komen binnenlopen. Een CJG, maar ook de nieuwe wijkteams moeten daarom proactief te werk gaan en dat kan door het maken van afspraken over signalering met de nulde- en eerstelijnszorg. Het gaat om afspraken met huisartsen, crèches, peuterspeelzalen, voorschoolse educatie, basis- en voortgezet onderwijs en zorgadviesteams daarin, sportclubs, jongerenwerk, maatschappelijk werk, politie, leerplichtambtenaren et cetera. Het maken van afspraken over signalering en verwijzing met deze instellingen en personen is overigens niet afdoende. Deze instellingen en personen moeten ook weten wanneer zij jongeren en ouders moeten verwijzen naar een CJG of een wijkteam. Medewerkers van het CJG en/of van wijkteams moeten genoemde instellingen en personen voorzien van concrete informatie over problemen van individuen of groepen die wellicht in het CJG of wijkteam kunnen worden opgelost. Zij lossen daarmee ook het eerder door mij geschetste probleem van gebrekkige signalering in de nulde lijn op. Dat alles is slechts mogelijk als medewerkers van CJG's en wijkteams een gedegen opleiding hebben gehad. Zij moeten adequaat geschoold zijn om ontwikkeling van kinderen en problemen van ouders te kunnen duiden en om te kunnen vaststellen of er echt sprake is van een problematische opvoedingssituatie. Overigens ben ik van mening dat het signaleren van opvoedingsproblemen, de tweede functie van de Wmo, sinds 2011 veel beter gerealiseerd kan worden dan daarvoor omdat in een CJG en in wijkteams al een groot aantal instellingen uit de eerste lijn samenwerkt.

Een derde probleem in de eerstelijnszorg was dat er steeds meer ouders en kinderen verwezen werden naar de tweede lijn die bestaat uit relatief dure vormen van hulpverlening. In ons land was en is er nog steeds een toenemende tendens om kinderen te etiketteren (Winter 2011). Een druk kind krijgt al snel het label ADHD, een verlegen kind het etiket 'angststoornis'; bij een beetje agressief gedrag denken we aan een gedragsstoornis en verlegen, teruggetrokken gedrag wordt al vlug geassocieerd met autisme. Met dit soort etiketten kwam je al snel bij de tweedelijnszorg terecht. Maar als we ons realiseren dat nog steeds veel diagnoses worden gesteld met de klinische blik of met niet-valide instrumenten, dan mogen we terecht de vraag stellen of vele kinderen en ouders wel bij de tweedelijnszorg terecht hadden moeten komen. Mijns inziens kunnen veel meer ouders en kinderen geholpen worden in de eerste lijn en met name in het CJG of de sinds 2015 gevormde wijkteams. Dat sluit ook aan bij de derde functie van de Wmo: gemeenten moeten zelf voor licht pedagogische hulp zorgen.

Hoe kan het CJG of een wijkteam die functie van het geven van pedagogische hulp waarmaken? Op de eerste plaats is daarvoor nodig dat het CJG beschikt over goed opgeleide hulpverleners. Op de tweede plaats moet het CJG beschikken over adequate hulpverleningsvormen. In de literatuur wordt dan al snel gewezen op de noodzaak interventies te gebruiken die evidence-based zijn. Een aantal jaren geleden is de Erkenningscommissie Interventies ingesteld. Deze commissie bestaat uit vier deelcommissies met elk hun eigen expertise uit wetenschap en praktijk. Deelcommissie 1 beoordeelt of interventies op het terrein van jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie kunnen worden opgenomen in de Databank Effectieve Interventies. Een aantal van de door deze commissie beoordeelde interventies is inzetbaar als het gaat om opvoedingsondersteuning vanuit een CJG of wijkteam. Bij al deze programma's gaat het om ouders te leren zo adequaat mogelijk met de problemen van hun kind om te gaan. Zo heeft het in veel gemeenten ingevoerde programma Triple P (Sanders 1999) voor allerlei problemen tipsheets samengesteld. Daarin wordt voor ouders op begrijpelijke wijze uitgelegd wat de oorzaak van die problemen kan zijn en hoe daarmee het beste kan worden omgegaan, allemaal zeer concreet. Die tips zijn echter niet uniek. Vrijwel alle tips zijn ook terug te vinden in een aantal oudercursussen en interventies die in ons land ontwikkeld zijn. Het gaat in feite om de volgende zaken: verandering in opvoedgedrag wat betreft ondersteuning en controle van kinderen en verbetering van de communicatie tussen ouders en kind.

In het voorgaande is impliciet eenzijdig accent gelegd op opvoedingsproblemen die gerelateerd zijn aan gedragsproblemen van kinderen. Maar wat te doen met jongeren met psychische problemen die tot nu vooral bij de jeugd-GGZ terechtkwamen en met jongeren die aangewezen waren op LVB-zorg? Voor de eerste groep jongeren zijn er in het verleden richtlijnen ontwikkeld over hoe om te gaan met depressie, angst- en gedragsstoornissen et cetera. Voor jongeren met een licht verstandelijke beperking zijn er vaardigheids- en weerbaarheidstrainingen, programma's voor begeleid wonen en arbeidsvoorbereiding ontwikkeld. Een aantal CJG's voert dit soort activiteiten op het terrein van licht pedagogische hulp nog altijd zelfstandig uit. In veel gemeenten is die taak sinds 2015 overgenomen door wijkteams. Medewerkers van die teams voeren gesprekken met ouders en/of jongeren over opvoedingsvragen en -problemen. Het gaat om medewerkers die veelal afkomstig zijn uit jeugdhulp- en GGZ-instellingen en formeel in dienst zijn gebleven bij de organisatie waar ze vandaan komen. Zij maken op basis van een of meerdere gesprekken samen met ouders en/of jongeren een plan. Daarin staat wat die zelf kunnen doen, hoe bekenden of vrijwilligers kunnen bijspringen, hoe professionele hulp door de medewerkers van het CJG of wijkteam zelf gegeven kan worden als vorm van hulpverlening in de eerste lijn en/of meer specialistische hulp uit de tweede lijn nodig is. Om dat alles goed te kunnen uitvoeren wordt ook wel gezegd dat medewerkers van het CJG en wijkteams generalisten moeten zijn. Een generalist in een wijkteam geeft gezinnen en jeugdigen ondersteuning op allerlei terreinen: opvoeding, huisvesting, financiën, werk en gezondheid. Volgens het NJi (► [www.nji.nl](http://www.nji.nl)) moet de jeugd- en gezinsgeneralist kennis hebben over:

- normale ontwikkeling en opvoeding van jeugdigen (wat is normale ontwikkeling gezien de leeftijd en/of ontwikkelingsniveau van de jeugdige en wat vraagt dit aan opvoedingscapaciteiten van de ouders?);
- veelvoorkomende opvoedingsvragen, -risico's en -problemen;
- risico- en beschermende factoren die de normale ontwikkeling en opvoeding beïnvloeden (invloed op draaglast en draagkracht);
- inschatten en vergroten van de veiligheid van de jeugdige;
- mogelijkheden en beperkingen van de eigen kracht van gezinnen;
- inschatting mogelijkheden en noodzaak van de inzet van specialistische hulp;
- effectieve interventies: wat werkt gezien de aard en ernst van de problematiek en de mogelijkheden/beperkingen van dit gezin.

Ook wordt kennis verwacht over sectoren waar ouders en jeugdigen regelmatig mee te maken hebben:

- preventieve jeugdgezondheidszorg;
- opvoed- en opgroeiondersteuning;
- geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen (jeugd-GGZ);
- (licht) verstandelijk beperkten-problematiek.

Het moge duidelijk zijn dat deze generalisten een centrale rol moeten spelen binnen een wijkteam of CJG als het om opvoedingsproblemen in gezinnen gaat. Maar beschikt de jeugdzorg over deze generalisten? Iedereen die in de jeugdzorg werkzaam is, kent wel een aantal hulpverleners die als zodanig betiteld kunnen worden. Maar formele opleidingen tot academisch of hbo-gevormde generalist zijn nog nauwelijks van de grond gekomen. Wil de derde functie van de Wmo, het zelf verlenen van opvoedingshulp, echt goed van de grond komen, dan zullen CJG en wijkteams moeten investeren in deskundigheidsbevordering van hun medewerkers en moeten opleidingen op hbo- en universitair niveau deze scholing tot generalist

serieus ter hand nemen. Zonder die inspanningen blijft het succes van het CJG en wijkteams erg afhankelijk van goedwillende, en toevallig als generalist goed functionerende professionals in die teams. Het gevaar bestaat dat wijkteams die nauwelijks over dit soort generalisten beschikken, onvoldoende vorm kunnen geven aan de derde functie van de Wmo, het zelf verlenen van opvoedingshulp in de eerste lijn.

### 2.3.2 Oplossingen voor de problemen in de tweede lijn

Sommige problemen van ouders en/of jongeren zijn dermate complex dat specialistische hulp nodig is. De vierde functie van de Wmo is het toeleiden naar vormen van specialistische tweedelijnszorg zoals gespecialiseerde vormen van gezondheidszorg, intensieve vormen van ambulante hulp, pleegzorg, residentiële zorg, jeugdbescherming en jeugdreclassering. Dat was tot 2015 de taak van Bureau Jeugdzorg. In 2010 sprak de parlementaire Werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg in haar rapport *Jeugd Dichterbij* (2010) haar twijfels uit over het nut en de noodzaak van indicatiestellingen door BJZ. Er ging volgens deze werkgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van acht politieke partijen, te veel tijd, geld en energie naar het indicatieproces en te weinig naar werkelijke hulp. Daarnaast noemde zij de kwaliteit van de indicatiestelling weinig inzichtelijk en weinig betrouwbaar. Haar voorstel was de indicatiestelling voor tweedelijnszorg te geven in een vrijwillig kader af te schaffen.

Wat moest er dan wel gebeuren als het gaat om jeugdzorg in een vrijwillig kader? De werkgroep wilde dat een daartoe gekwalificeerde eerstelijnsprofessional de rol van regisseur en hulpverlener op zich zou nemen. Met ingang van 2015 is dat de taak van het CJG of wijkteams geworden. De generalisten die daarin werkzaam zijn, moeten beschikken over adequate kennis als het gaat om opvoedings- en ontwikkelingsproblemen en zij moeten overzien op welke manier en welke problemen door de specialistische zorg in de tweede lijn opgelost kunnen worden. Deze voornemens van de parlementaire werkgroep hebben overigens niet geleid tot een centrale toegang tot de tweedelijnszorg. Huisartsen, jeugdartsen en medische specialisten kunnen ook na 2015 rechtstreeks verwijzen naar specialistische hulpverlening.

Een ander belangrijk voorstel van de genoemde parlementaire werkgroep was dat er één financieringsstroom moest komen voor het preventieve beleid van gemeenten, de jeugdhulpverlening, de LVB-zorg en de jeugd-GGZ en die stroom moest bij de gemeenten binnenkomen. Daarmee zouden voor de gemeenten zogenaamde perverse prikkels worden tegengegaan. De werkgroep was van mening dat preventie niet direct gestimuleerd werd omdat kosten voor zwaardere vormen van hulpverlening werden gedragen door anderen (bijvoorbeeld de provincies en zorgverzekeraars) dan door degenen die verantwoordelijk zijn voor preventie (de gemeenten). Vanaf 2015 moeten de gemeenten preventie en interventie zelf gaan financieren; zij krijgen daartoe de middelen. Maar hoe die middelen goed te besteden als het gaat om de verwijzing naar de tweedelijnszorg?

In het voorgaande is gewezen op wildgroei wat betreft opvoedingsondersteuning in de eerste lijn. In de tweede lijn is het niet veel anders. Hoe effectief zijn de interventies en methodieken die daar in het verleden ontwikkeld zijn? Ik beperk me in het volgende tot programma's op het terrein van intensieve ambulante gezinsbegeleiding. Veerman en anderen (2005) hebben onderzoek uitgevoerd naar de effecten van programma's van intensieve ambulante gezinsbegeleiding. Zij hebben eerst geïnventariseerd hoeveel van die programma's er in Nederland waren. Dat waren er 92. Daarvan zijn er slechts 17 empirisch onderzocht en dat nog met een design dat geen uitsluitsel geeft over de effectiviteit van die programma's. Er zijn voor- en nametingen afgenomen, maar er zijn geen vergelijkingen met een controlegroep

gemaakt. Wel werd binnen die 17 projecten op basis van vergelijking van voor- en nametingen geconstateerd dat gedragsproblemen van kinderen waren verminderd en dat de opvoedingsbelasting door ouders na de interventie als minder zwaar werd ervaren. Vooralsnog mogen we echter alleen concluderen dat deze bevindingen een eerste aanwijzing voor effectiviteit van deze programma's inhouden, maar niet dat het om bewezen effectieve interventies gaat gebaseerd op een intern valide experimenteel design.

In het verleden heb ik meerdere keren gepleit voor het opheffen van alle vormen van intensieve ambulante gezinsbehandeling en al die vormen te vervangen door een gereedschapskist met effectieve technieken die tot doel hebben specifieke problemen van ouders en kinderen op te lossen. Er zijn in het verleden te veel methodieken ontwikkeld door een groot aantal instellingen. Die methodieken variëren qua duur en qua intensiteit, maar die verschillen worden niet ondersteund door resultaten van empirisch onderzoek waaruit zou moeten blijken dat de ene methodiek effectiever is dan de andere. Moeten we ons in de toekomst niet meer richten op specifieke technieken die binnen de verschillende programma's ontwikkeld zijn om doelen te bereiken in plaats van op de methodieken zelf? Vooralsnog ziet het daar niet naar uit. We implementeren nog steeds dure programma's uit de VS die wel in de VS evidence-based zijn bevonden, maar die hun meerwaarde boven de in ons eigen land ontwikkelde programma's nog moeten bewijzen. Maar kijkend naar de inhoud van die programma's, constateer ik dat de daarin beschreven technieken nauwelijks afwijken van die welke in Nederlandse programma's worden gehanteerd. In het verleden heb ik vaak gehamerd op meer protocollering (zie voor een goed overzicht over protocollering in de jeugdzorg Prins en Pameijer 2006), omdat uit onderzoek (zie voor een overzicht Van Yperen en Veerman 2008) blijkt dat hulpverleners die zich houden aan de regels die gelden voor de uitvoering van een programma, meer effect bereiken dan hulpverleners die daarvan afwijken. Ik wil dat standpunt relativeren. Algemeen werkzame factoren zoals kenmerken van de cliënt en hulpverlener lijken meer effect te hebben dan specifiek werkzame factoren (een methodiek of een programma als zodanig) (Yperen et al. 2010). Dwing die hulpverleners dan ook niet in een te strak keurslijf, maar zorg voor een gereedschapskist met technieken die bewezen effectief zijn.

Overigens gelden deze opmerkingen niet alleen voor programma's van intensieve ambulante gezinsbegeleiding, maar ook voor interventies op het terrein van angst, depressie, agressie en sociale vaardigheden. Ook voor die terreinen is het de vraag waarin de programma's wezenlijk van elkaar verschillen. In de Databank Effectieve Interventies zijn inmiddels 224 interventies als erkend opgenomen, maar wat is erkend? Voor 198 programma's geldt dat ze alleen maar theoretisch goed onderbouwd zijn. Een interventie krijgt deze classificatie als deze op zijn minst goed beschreven is en als aannemelijk is gemaakt dat met die interventie het gestelde doel kan worden bereikt. Voor het overgrote merendeel van deze interventies geldt dat er geen empirisch onderzoek is uitgevoerd naar de effectiviteit ervan of soms alleen zwak methodologische studies zoals een veranderingsonderzoek zonder controlegroep.

Al deze interventies zijn daarom nog niet bewezen effectief. Tot nu toe zijn er vier interventies met sterke, zeventien met goede en vijf met eerste aanwijzingen voor effectiviteit in de Databank opgenomen. Meer dan 150 andere interventies zijn niet erkend, omdat ze niet voldoen aan de criteria van een goede theoretische onderbouwing of niet meer worden uitgevoerd.

Terug naar het CJG of het wijkteam. Het team dat daar in concrete gevallen moet beslissen welke vorm van specialistische hulpverlening het best past bij een jongere en/of zijn/haar ouders moet wel uit duizendpoten bestaan. Je beperken tot wat bewezen effectief is, maakt de spoeling dun en is in de praktijk niet werkzaam. Mijn advies is om niet het aanbod maar

de vragen van de cliënt leidend te laten zijn en dat kan dan soms resulteren in toepassing van een specifieke interventie en soms in de toepassing van een geheel aan specifieke technieken. Let wel, het gaat dan in de meeste gevallen om methodieken en technieken die alleen nog maar theoretisch goed onderbouwd zijn.

Om medewerkers van een CJG en wijkteams in de toekomst beter te ondersteunen is meer onderzoek nodig naar de effectiviteit van methodieken en specifieke technieken. De afgelopen tien jaar is er wat dat betreft veel in gang gezet door het ZonMw-programma 'Zorg voor Jeugd'. Er zijn tientallen projecten gehonoreerd. Resultaten daarvan zijn onlangs gepubliceerd (ZonMw 2015). In 2012 is door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport goedkeuring verleend aan een vervolgp programma, getiteld 'Effectief werken in de jeugdsector'. In een van de programmalijnen wordt momenteel onderzoek gedaan door zes consortia (samenwerkingsverbanden tussen universiteiten, hogescholen, beleids- en praktijkinstellingen) met als doel het indikken van het grote aanbod aan interventies op zes terreinen:

- Sociale vaardigheden, onzekerheid en weerbaarheid
- Angst, depressie, stemmingsproblemen en andere internaliserende gedragsproblemen
- Druk gedrag en ADHD
- Externaliserende gedragsproblemen en stoornissen
- Opvoedingsonzekerheid, preventief en lichte problematiek
- Zware opvoedproblemen, multiprobleemgezinnen

De consortia kunnen ervoor kiezen alleen bewezen effectieve interventies in de Databank Effectieve Interventies op te nemen. Dat is de meest simpele oplossing. Meer waarde hecht ik aan onderzoek naar werkzame bestanddelen van interventies door middel van mega-analyses en microtrials, waarin men mogelijk werkzame elementen en/of combinaties ervan op effectiviteit onderzoekt. Ook is een grondige analyse nodig van de handleidingen van interventies met als doel de werkzame elementen in die interventies te identificeren en zo te bepalen hoe verdere indikking van interventies kan plaatsvinden. Resultaten van dit indikkingsproces maken het over een paar jaar voor CJG's en wijkteams mogelijk een gerichtere keuze te maken uit het aanbod van specialistische jeugdzorg dan nu met de ontstane wildgroei aan interventies mogelijk is.

Resteert de vijfde functie van de Wmo, de coördinatie van zorg. Bij een aantal gezinnen zijn meerdere hulpverleners betrokken, bijvoorbeeld GGZ, maatschappelijk werk, politie, huisarts et cetera. Ieder werkte voornamelijk op eigen houtje. Er ontstaat dan geen netwerk rondom het gezin, maar een lappendeken van hulpverleners. Eén iemand moet de regie voeren. BJZ leek mij voor een paar jaar terug de meest aangewezen instelling om die functie te vervullen. Na realisering van de CJG's en wijkteams moet de regiefunctie daar terechtkomen, ook al wordt een deel van de hulp uitbesteed aan de tweedelijnszorg. Vanuit het CJG of wijkteams moet overleg tussen verschillende hulpverleners gecoördineerd worden. Elk gezin behoort zijn eigen gezinscoach te krijgen en die coach moet voldoende tijd krijgen om met gezin en andere hulpverleners te overleggen. Dit alles past bij de vijfde functie die in de Wmo voor gemeenten is opgenomen, en die veelal verwoord wordt als 'één gezin, één plan, één regisseur'.

## 2.4 Een betere toekomst?

Is het nieuwe stelsel van jeugdzorg zoals in het voorgaande geschetst, een garantie voor een betere toekomst van die zorg? Ik geloof daarin, zij het dat niet de wijzigingen op zich daarvan de directe oorzaak zullen zijn. Het werk in de jeugdzorg valt of staat met de kwaliteiten van

mensen die in die zorg werkzaam zijn. De stelselwijzigingen zullen ervoor zorgen dat werkers in de jeugdzorg hun kwaliteiten nog beter kunnen aanwenden dan nu het geval is. Bovendien ontwikkelen hbo en wo steeds meer gerichte onderwijsprogramma's die ervoor zorgen dat afgestudeerden goed voorbereid zijn op het werk dat hun in de jeugdzorg te wachten staat. Ik beperk me tot de universitaire opleiding Orthopedagogiek. Orthopedagogen vonden tot nu toe vooral werk in de tweede lijn. Hun rol in de eerste lijn was bescheiden, maar wordt in de toekomst steeds belangrijker. Het onderwijs moet daarop inspelen. Wij hebben momenteel in ons land opleidingen Orthopedagogiek met veel accent op diagnostiek en behandeling. Dat is uitstekend voor de orthopedagogen die in de tweede lijn terechtkomen. Orthopedagogen in de eerste lijn moeten daarnaast beschikken over kennis van wat er in de nulde en eerste lijn gebeurt. Zij moeten met professionals uit die lijnen kunnen samenwerken, teams van hulpverleners in een CJG of wijkteam kunnen coachen, weten hoe ouders en kinderen bereikt moeten worden en via welke intermediaire personen en instanties dat het best gedaan kan worden. Coaching en interdisciplinair samenwerken worden steeds belangrijker in het werk van de orthopedagoog en dat geldt ook voor de orthopedagoog in de tweede lijn.

Een van de werkvelden in de opleidingen Orthopedagogiek is jeugdzorg. Momenteel houden delen van de orthopedagogiek, ontwikkelingspsychologie en klinische psychologie zich met dat werkveld bezig. Waarom die krachten niet bundelen en komen tot een gemeenschappelijke masteropleiding Jeugdzorg? In zo'n masteropleiding zou ook samengewerkt moeten worden met coördinatoren van CJG's en wijkteams. Dat optimaliseert het beroepsperspectief van studenten en de aansluiting van hun scholing bij de praktijk van de jeugdzorg. Met een dergelijke gedegen masteropleiding kan de functie van generalist op universitair niveau echt vorm worden gegeven.

## 2.5 Slot

---

De veranderingen in de jeugdzorg hebben geleid tot een op het oog meer ideaal stelsel. Maar er blijven nog haken en ogen. De invoering van wijkteams heeft de zorg dichter bij ouders en kinderen gebracht, maar de eerste functie van de Wmo, voorlichting en advies geven, lijkt een ondergeschoven kindje te worden. Die functie was uitdrukkelijk bedoeld voor het CJG, maar die functie wordt onvoldoende gerealiseerd omdat de veronderstelde laagdrempeligheid van een CJG niet heeft geleid tot op grote schaal gebruik ervan door ouders en jongeren. De tweede functie van de Wmo, het signaleren van problemen, heeft door het invoeren van wijkteams veel betere kansen gekregen. Samenwerkende instellingen in een wijkteam zijn beter in staat de signalerende functie vorm te geven dan een centraal CJG dat voor een gehele gemeente werkt. Maar of betere en vroegtijdige signalering tot betere hulpverlening leidt, is nog maar de vraag. CJG's en wijkteams moeten hun generalisten inzetten die zelf licht pedagogische hulp moeten bieden, de derde functie van de Wmo. Die generalisten zijn er nog maar nauwelijks en opleidingen zijn pas mondjesmaat begonnen de opleiding tot generalist vorm te geven. Wat betreft het geven van licht pedagogische hulp en de vierde functie van de Wmo, het verwijzen naar specialistische zorg, is er nog steeds het grote, onoverzichtelijke aanbod aan interventies. Het aantal interventies dat bewezen effectief is, is bovendien gering. Dat maakt de keuze voor de generalist bepaald niet gemakkelijk. De vijfde functie van de Wmo ten slotte, het coördineren van zorg, is een taak voor wijkteams waarmee nog weinig ervaring is opgedaan. De tijd zal moeten leren of aan de uitvoering van die functie effectief vormgegeven kan worden.

## Literatuur

- Gaertner, M. H. (2011). *Heeft de jeugd een toekomst; een vergelijking tussen de Centra voor Jeugd en Gezin in Nijmegen en Wijchen*. Nijmegen: Radboud Universiteit (master thesis).
- Janssens, J. M. A. M. (2012). *Jeugdzorg en Orthopedagogiek*. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Prins, P., & Pameijer, N. (2006). *Protocolen in de jeugdzorg. Richtlijnen voor diagnostiek, indicatiestelling en interventie*. Amsterdam: Pearson Assessment & Information.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. (2012). *Ontzorgen en normaliseren: naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg*. Den Haag: RMO.
- Sanders, M. R. (1999). The Triple P-Positive Parenting Program: towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2, 71–90. ►doi:10.1023/A:1021843613840, 11225933.
- Veerman, J. W., Janssens, J. M. A. M., & Delicat, J. W. (2005). Effectiviteit van Intensieve Pedagogische Thuishulp: Een meta-analyse. *Pedagogiek*, 25, 176–196.
- Werkgroep Toekomstverkenningen Jeugdzorg. (2010). *Jeugdzorg dichterbij*. Den Haag: Tweede Kamer der Staten Generaal.
- Winter, M. de. (2011). *Verbeter de wereld, begin bij de opvoeding*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Yperen, T. van, Steege, M. van der, Addink, A., & Boendermaker, L. (2010). *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg*. Utrecht: NJi.
- Yperen, T. A. van, & Veerman, J. W. (red.). (2008). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.
- ZonMw. (2015). *En... werkt het? 10 jaar onderzoek naar zorg voor de jeugd*. Den Haag: ZonMw.

### Belangrijke sites:

- <https://www.rijksoverheid.nl> voor de Wet op de jeugdzorg 2006, de Jeugdwet 2015 en de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015.
- <http://www.nji.nl> voor organisatie van de jeugdzorg, de Databank Effectieve Interventies, de transitie van de jeugdzorg en de functie van generalist in de jeugdzorg.

Transformaties in de jeugdzorg

35 jaar wetenschap

Begeer, S.; Boendermaker, L.; Colpin, H.; Geeraets, M.;  
Koomen, H.; Lambregts-Rommelse, N.; Van Leeuwen, K.;  
Lindauer, R.; Overbeek, G.; Prinzie, P.; Smid, G.A.;  
Soenens, B.; Stevens, G. (Eds.)

2016, VIII, 89 p. 1 illus., Softcover

ISBN: 978-90-368-1494-2