

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/254914386>

Goed geregelde jeugdzorg?

Article · January 2010

CITATIONS

3

READS

15

1 author:



[Jo Hermanns](#)

H&S Consult Woerden

241 PUBLICATIONS **809** CITATIONS

SEE PROFILE

Peppijn, jongen, 8 jaar
Boddaertcentrum
Jeugdhulpverlener: groepsleid(st)er



omdat ik denk ik vind jou heel lief
vind met jou om op de mat te spelen

Goed geregelde jeugdzorg?

Jo Hermanns

1. Een aanloop

Waarom is er zoveel kritiek op de moderne jeugdzorg, die verkokerd, bevoogdend en niet vraaggericht zou zijn? Vaak wordt er gewezen op de gefragmenteerde organisatie, op de niet heldere verdeling van bestuurlijke verantwoordelijkheden, op de bureaucratische processen en op de perverse prikkels in het financieringssysteem. Zonder twijfel is er in al die bestuurlijke tuintjes nogal wat onkruid te wieden en kan het hele stelsel eenvoudiger en transparanter. In dit hoofdstuk wordt echter de stelling betrokken dat bestuurlijke reparaties de problemen niet zullen oplossen. Er ligt een dieper, meer zorginhoudelijk probleem ten grondslag aan de genoemde problemen.

Wellicht markeert de opkomst van de psychoanalyse in het begin van de vorige eeuw het begin van de ontwikkeling waardoor de huidige jeugdzorg zo moeizaam functioneert. Sinds de uitgangspunten van de psychoanalyse gemeengoed werden in westerse samenlevingen, veranderde de visie op jeugd met problemen. Kinderen die voortdurend in conflict kwamen met hun opvoeders, op school niet goed meekwamen, het criminele pad opgingen, wegliepen of versomberden konden onmogelijk nog slecht, lui, dom of onredelijk genoemd worden. Hun problemen werden gezien als gevolgen van psychische processen die hen ziek maakten. Alleen door het ontwarren van hun psychische stoornissen konden zij (en de samenleving) van hun problemen verlost worden.

Typerend is de inhoudelijke verschuiving van het begrip *Verwahrlosung* in die tijd. Aanvankelijk, in het begin van de 20^e eeuw, werd *Verwahrlosung* en onmaatschappelijk gedrag als één geheel gezien. *Verwahrlosung* was het niet geleerd hebben 'hoe het hoort'. Verwaarloosde jeugd was jeugd die niet succesvol opgevoed was tot maatschappelijk gedrag (Van de Zeyde, 1956). Verwaarlozing had als gedrag van volwassenen, maar ook als resultaat van dat gedrag bij kinderen een morele lading. Het ging om een tekortschietende opvoeding.

In de Nederlandse kinderschermingswetten werden aanvankelijk kinderscherming en jeugdstrafrecht dan ook als in elkaars verlengde liggende begrippen gezien. Rond de eervorige eeuwwisseling werd de wet die de bescherming van kinderen regelde meteen gevolgd door een strafrechtelijke kindwet. Beide wetten werden tegelijk in de Tweede Kamer behandeld omdat de minister stelde dat 'het veelal een volkomen oppervlakkige onderscheiding is welke gemaakt wordt tussschen verwaarloosde kinderen en die welke met den strafrechter in aanraking komen.' Daarmee werd niet bedoeld dat het misdadige kind gestraft moest worden, maar dat het ter beschikking van de regering gesteld moest worden om een dwangopvoeding te ondergaan. De plaatsing in de tuchtschool was een vrijheidsbeperkende maatregel ter bescherming van de gemeenschap en het kind (Dimmendaal, 1990). Het belangrijkste doel van de jeugdzorg was deze kinderen te heropvoeden en het lag voor de hand om de bestaande tehuizen daarvoor te gebruiken dan wel nieuwe door de overheid geleide inrichtingen te bouwen. In 1914 waren daar al 12.000 plaatsen voor. De kinderscherming moest zorgen voor opvoeding tot aangepaste burgers en het jeugdstrafrecht corrigeerde zo nodig de jongere zelf.

Door de psychoanalyse werd het begrip verwaarlozing geheel anders ingevuld. Het ging nu om problematische emotionele bindingen, intro-psychische reacties op inadequaat relationeel gedrag van opvoeders en, later, onveilige hechting aan volwassenen. Daarmee was de verwaarloosde jeugd een psychisch beschadigde jeugd, die door die beschadiging, psychische en gedragsstoornissen ontwikkelt. Deze begrippen klinken in ieder geval veel kindvriendelijker dan lui, dom of slecht. En dat was vooruitgang. Het probleem was echter dat in de visie van de psychoanalyse deze problemen niet zomaar opgelost konden worden door het kind beter, dat wil zeggen met meer liefde en begrip, meer aandacht, een betere structuur en meer toezicht te gaan opvoeden. Om echt geholpen te kunnen worden moest het individuele kind of adolescent door een psychotherapeut behandeld worden. Het kind was immers psychisch ziek en voor zijn genezing was een therapeut nodig. De oplossing lag bij specialistische deskundigen. Alleen bij het voorkomen van problemen konden gewone mensen nog een rol spelen. Maar dan moesten ze wel goed voorgelicht worden over psychohygiëne zoals ze eerder voorgelicht werden over hygiëne in de lichamelijke verzorging van het kind. Ze moesten protoprofessionaliseren.

De groei van de professionele psychiatrie, psychologie en orthopedagogiek maakte deze preventieve, maar vooral de curatieve aanpak volgens velen ook feitelijk mogelijk. De groei van de verzorgingsstaat zorgde voor de instituties die behandelingen ook zonder hoge financiële drempels konden aanbieden. Deze instituties pasten naadloos in de wijze waarop in de tweede helft van de vorige eeuw de solidariteit voor de medeburger in problemen geconcretiseerd werd in het inrichten van een institutioneel verzorgingssysteem voor alle problemen (inclusief zelfs ouderdom) waar burgers mee geconfronteerd werden. Deze vorm van solidariteit wordt ook wel passieve solidariteit genoemd.⁵

Net als op andere levensterreinen leidden deze ontwikkelingen ook in de zorg voor de jeugd tot een omvangrijk stelsel van instellingen, waarbij de diagnose van het kind uitgangspunt was, en er voor zoveel mogelijk diagnoses gespecialiseerde hulp geregeld moest worden. Vele voorzieningen in de sfeer van de kinderscherming en jeugdhulpverlening vormden zich om tot behandelinstellingen waar zij tot dan toe heropvoedinginstellingen waren, met vaak onderwijs (vakopleidingen) als een belangrijk deel van hun werk. Omdat het grootste deel van de oorspronkelijk voorzieningen uit kindertehuizen bestond, was 24-uursbehandeling jarenlang de meest voorkomende vorm van zorg in het jeugdzorgstelsel. Kinderen werden dan ook in groten getale opgenomen in instellingen om behandeld te worden. In de jaren tachtig van de vorige eeuw functioneerden zo vele honderden residentiële voorzieningen. In de GGZ-sector was er een vergelijkbare institutionalisering: de kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken. Door hun historische achterstand in volume van 24-uurszorg is in die sector het accent meer komen te liggen op de ambulante behandeling (de RIAGGs) en de poliklinieken. Het denkpatroon was echter hetzelfde: kinderen die problemen hebben, moeten behandeld worden door specialistisch opgeleide deskundigen.

Inmiddels is de psychoanalyse op zijn retour. Er zijn andere, meer evidence based behandelingen ontworpen en ingevoerd. De cognitieve gedragstherapie, al dan niet vergezeld van farmaca is op dit moment leidend. Dat veranderde echter niet wezenlijk de structuur die het stelsel gekregen heeft. Een probleem van of met een kind vraagt een

5 Deze vorm van solidariteit staat tegenover actieve solidariteit waarbij burgers elkaar zoveel mogelijk helpen en de overheid de taak heeft dit te faciliteren, zoals dit in de Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning geprobeerd wordt.

diagnose en een behandeling. Daarvoor zijn specialistische voorzieningen nodig. Tot op de dag van vandaag worden er nieuwe voorzieningen voor nieuwe diagnostische doelgroepen ontwikkeld.

Nu is het niet zo dat dit stelsel onzinnig of helemaal achterhaald is. Kinderen, jongeren en ouders kunnen veel baat hebben bij de inzet van goed opgeleide professionals die specialistische kennis hebben als er sprake is van psychische stoornissen, gedragsproblemen en ernstige gezinsproblemen. De vraag is echter of dit stelsel niet te eenzijdig op één zorgparadigma gebaseerd is, of de problemen die in de jeugdzorg terecht komen wel passen bij het karakter van het zorgstelsel.

2. Voor wie is jeugdzorg eigenlijk bedoeld?

Jeugdzorg is geïndiceerde zorg. Dit wil zeggen dat er niet alleen sprake moet zijn van een bepaald type probleem, maar dat de problemen zo ernstig zijn dat er aanspraak op relatief dure en intensieve zorg ontstaat. In de huidige Wet op de Jeugdzorg (van kracht sinds 2005) is de aard van de problemen omschreven als 'psychosociale, psychische of gedragsproblemen' dan wel het (door opvoeders in het gezin) 'niet het hoofd kunnen bieden' aan deze problemen. In de toelichting op de Wet wordt de ernst van de problematiek gerelateerd aan de principes draagkracht en draaglast:

Bij het beantwoorden van de vraag of opgroei- en opvoedingsproblemen zo ernstig zijn dat zij moeten leiden tot een aanspraak op jeugdzorg (en bij het bepalen van de intensiteit en duur van de benodigde zorg) is derhalve niet de specifieke aard van het probleem, de concrete diagnose, of het manifeste symptoom van doorslaggevend belang, maar de mate waarin het probleem-oplossend vermogen (de draagkracht) overschreden is en ouders de greep op de opvoeding kwijt zijn dan wel het kind belemmerd wordt in het opgroeien. Opvoeden en opgroeien zijn hierbij uiteraard zeer sterk in elkaar vervlochten processen.

Dit wordt als volgt concreet gemaakt:

Eenzelfde (aangeboren) stoornis zoals ADHD (aandachtstekortstoornissen en overbeweeglijkheid) kan soms leiden tot een zeer intensief jeugdzorgtraject, waarvan zelfs uithuisplaatsing tijdelijk een onderdeel is en in andere gevallen tot een weinig frequente ambulante of poliklinische begeleiding,

gericht op ondersteuning van ouders, kind en leerkrachten. Aan de andere kant kunnen ook relatief eenvoudige en veel voorkomende problemen voor een ernstige ontregeling zorgen, als het probleemoplossend vermogen van het gezin gering is. Zo kunnen problemen als bedplassen bij beginnende basisschoolleerlingen of conflicten over uitgaan bij jongeren in gezinnen met weinig probleemoplossend vermogen, leiden tot extreme problemen zoals kindermishandeling of voortijdig vertrek van het kind uit het gezin.

ADHD is in dit kader inderdaad een mooi voorbeeld. Verreweg de meeste kinderen met ADHD-kenmerken (beweeglijk, ondernemend, impulsief en snel van aandachtsfocus wisselend) groeien zonder professionele hulp gelukkig op (Campbell, 1990) en kunnen soms juist door hun aangeboren karakter excellente maatschappelijke carrières doormaken. Het hangt er dan wel van af of hun opvoeders adequaat kunnen reageren op hun dynamiek en daarbij de nodige steun krijgen van andere opvoeders. Met andere woorden, kan het kind onvoorwaardelijke genegenheid ervaren van zijn opvoeders, wordt het geaccepteerd zoals het is, wordt er structuur en rust in de situatie gebracht, is er duidelijkheid over wat mag en niet mag, wordt het gedrag (en niet het kind) zo nodig gecorrigeerd? Als er niet adequaat op het kind gereageerd wordt en zijn gedrag geproblematiseerd wordt door er met ongeduld, met afwijzing, met straf en met wanhoop op te reageren, kunnen er grote problemen ontstaan. De Gezondheidsraad (2000) drukte het in een advies over de diagnostiek en behandeling van ADHD als volgt uit:

Als zich een negatieve spiraal ontwikkelt in de interactie tussen kind en omgeving, bedreigt dit de ontwikkeling van het kind en het psychosociale evenwicht in het gezin en verslechtert de prognose van het kind voor de langere termijn. We spreken dan van attention deficit hyperactivity disorder of ADHD. (p.9)

Hiermee is ADHD gedefinieerd als een opvoedingsprobleem, of beter gezegd, kinderen die van nature beweeglijk, ondernemend en impulsief zijn, vormen een opvoedingsuitdaging.

De problemen die ontstaan als deze uitdaging om welke reden dan ook de mogelijkheden van de ouders overschrijdt, zijn volgens de wettekst het werkterrein van de jeugdzorg. Het niet in evenwicht zijn van

draaglast en draagkracht in het gezin is dus de kern van de aanspraak van jeugdzorg. In dit hoofdstuk wordt de verstoring van draagkracht en draaglast ontregeling genoemd, dat wil zeggen dat opvoeden en opgroeien niet meer vanzelf verlopen, en ouders de greep op het kind verliezen. De ingebouwde regulatiesystemen functioneren niet meer (Sameroff & Fiese, 2000).

Per definitie doen de problemen zich dan op meerdere levensterreinen voor: het psychisch functioneren en gedrag van de ouders, gedrag van het kind thuis, in school, op straat. Jeugdzorg is niet bedoeld voor enkelvoudige problemen. Er moet behoorlijk wat mis zijn in het opvoeden en opgroeien voordat jeugdzorg in actie komt of in ieder geval in actie zou moeten komen.

Daarin verschilt de jeugdzorg van een aantal andere sectoren van geïndiceerde zorg zoals de GGZ en de zorg voor kinderen en jongeren met een verstandelijke handicap. In deze sectoren is een enkelvoudige diagnose voldoende voor een behandel- of begeleidingsaanbod. Het aanbod kan in die gevallen ook enkelvoudig, en vaak beperkt in omvang zijn.

3. Het huidige stelsel en hoe het (niet) werkt

In principe lijkt er dus weinig mis met het huidige stelsel en de manier waarop het georganiseerd is. Voor kinderen, jongeren en hun opvoeders zijn er vele deskundige jeugdzorginstellingen die ambulante, in de vorm van daghulp, in 24-uurszorg of in het kader van een pleegzorgplaatsing hulp bieden bij hun problemen. Het doel van de hulp is steeds de verhouding tussen draagkracht en draaglast zo te herstellen dat het gewone leven weer voortgezet kan worden.

Er zijn echter nogal wat problemen met het stelsel. En daarmee bedoel ik niet de wachtlijsten, de bureaucratie en de verkokering (zie Pijnenburg, in deze bundel). Dit zijn eerder gevolgen van een meer fundamenteel probleem. De kern van de jeugdzorg (en overigens ook de behandeling in het jeugdstrafrecht) bestaat nog steeds voornamelijk uit al dan niet gesloten instellingen die kindgericht werken. De oplossingen van de aangemelde problemen worden gezocht in een combinatie van behandeling, begeleiding en/of hulp voor de kinderen en jongeren zelf. Het competentiegericht werken is hierbij populair. Het gaat om veranderingen tussen de oren en om vaardigheden. Opvoeders buiten de instelling worden soms wel en soms niet begeleid,

worden soms wel of niet bij de behandeling betrokken, maar de kern blijft toch het werken aan de ontwikkeling en het gedrag van kinderen en jongeren zelf. De termen die vanaf de eerste contacten met het Bureau Jeugdzorg gebruikt worden, weerspiegelen dit model waarbij de tekorten, achterstanden en stoornissen van jeugdigen het sturend principe zijn: screening, diagnose, indicatiestelling, behandelplan. Het herstel van draaglast-draagkracht-verhoudingen is grotendeels uit beeld verdwenen. Het kind wordt gedecontextualiseerd, gerepareerd als het ware, en teruggeplaatst. De opvoeders moeten het dan weer aankunnen. Op deze wijze is het herstel van het gewone leven heel moeilijk. Levenslopen van kinderen met ernstige problemen kunnen alleen veranderd worden als er of zeer intensief in hun opvoedingscontext geïnvesteerd wordt, of als er een andere opvoedingsomgeving gecreëerd wordt.

De instituutbehandelingen zijn in de internationale wetenschappelijke wereld onderwerp van veel kritiek. Voor kinderen van verschillende leeftijden gelden hiervoor verschillende argumenten. Altijd geldt dat het aangaan van een opvoedingsrelatie in een tehuis moeilijk is, omdat het doorgaans gaat om meerdere professionele opvoeders, die in roosterdiensten contact met het kind hebben.

Daarnaast treedt er in situaties waarin er meerdere kinderen met moeilijk gedrag samenleven vaak *deviancy training* op: het overnemen van ongewenst antisociaal gedrag van elkaar (Dodge et al., 2006). Uit een grote overzichtsstudie van Dodge en collega's naar effecten van groepsgewijze interventies bij jongeren blijkt dat de negatieve effecten van *deviancy training* vaak de positieve effecten van de interventie zelf overstijgen. Daarnaast is het in veel gevallen zo dat verblijf in een tehuis het maatschappelijk participatieproces doorbreekt, met name als het gaat om onderwijs. Zelfs al wordt er regulier onderwijs in of naast de voorziening gegeven, dan nog zijn de wisselingen in school een risicofactor voor het onderwijsleerproces.

Voor de jongeren die in justitiële jeugdinrichtingen verblijven, is het hoge percentage misdrijven van jongeren na ontslag uit de instelling (verschillend per instelling, maar steeds hoger dan 50%), óók voor civielrechtelijk geplaatste kinderen inmiddels spreekwoordelijk. Residentiële zorg laat vaak positieve veranderingen zien in concrete gedragsproblemen en psychische problemen, maar onbekend is wat de effecten op de langere termijn zijn (Harder & Knorth, 2009).

Empirisch onderzoek naar de effecten van tehuisopvoeding in vergelijking met opvoeding in (pleeg)gezinnen is nauwelijks gedaan. Het weinige onderzoek dat er is, wijst op de risico's van de tehuisopvoeding (Roy & Rutter, 2006; Roy et al., 2000, 2004). Deze auteurs vergeleken een groep schoolkinderen van een jaar of 6 die vanaf hun babytijd in een tehuis opgroeide met een groep die in een pleeggezin opgroeide. Beide groepen waren zorgvuldig gematched op hun gezinsachtergronden, psychopathologie, drugs- en alcoholgebruik, sociale marginalisatie van de ouders, mishandeling en verwaarlozing van het kind, en geslacht en leeftijd van het kind. Hun jeugdzorgindicaties werden door onafhankelijke beoordelaars blind gescoord. Er bleken op dat moment geen verschillen in de aard van de problematiek van de kinderen of de ouders te bestaan. De tehuis kinderen bleken in school relatief vaak aandachtsstoornissen en hyperactiviteit te vertonen, lieten vaker een gebrek aan selectieve gehechtheid aan hun uiteindelijke verzorgers zien en, vooral de jongens, bleken vaker niet selectief te zijn in hun vriendschappen. Daarnaast bleken de tehuis kinderen vaker leesachterstanden te hebben dan de pleegkinderen, gemiddeld zes maanden achterstand.

Voor met name jongeren in het voortgezet onderwijs (waaronder VMBO) betekent dit proces dan ook het doorkruisen van het pad naar startkwalificaties dan wel het moeten verlagen van het niveau van de startkwalificatie.

Ondanks deze kritische geluiden is de residentiële capaciteit in de afgelopen tien jaar nauwelijks verminderd. Waar er wellicht wat plaatsen zijn verdwenen, zijn die ruimschoots gecompenseerd in de justitiële sector.

In dezelfde periode is er weliswaar een omvangrijke uitbreiding van het ambulante, gezinsgerichte werken waargenomen, maar dit groeide naast de vaste kern van residentiële en semi-residentiële behandeling. Hier worden nog steeds de meeste middelen aan besteed. De ambulante hulp was bovendien gericht op de relatief lichte problemen, die in toenemende mate, vooral door het ontbreken van adequate voorzieningen in de niet-geïndiceerde zorg, in de jeugdzorg terechtkwamen. De jeugdzorg heeft door de uitbreiding van de ambulante hulp deze toenemende instroom van lichtere problemen kunnen opvangen. Precieze cijfers over deze instroom op landelijk niveau ontbreken, maar er zijn wel wat aanwijzingen dat die plaatsvindt. In drie provincies is in de afgelopen jaren in opdracht van die provincies door mijn collega's van de toenmalige maatschap CO ACT Consult en mijzelf

onderzoek gedaan naar de instroom in de Bureaus Jeugdzorg. De indicatiestellende medewerkers schaalden met een uitgewerkt schema, en na een training, de zwaarte van de binnenkomende problematiek zelf in op een vijfpuntsschaal: niveau 1 betrof eenvoudige vragen en niveau 5 betrof een crisis. In alle provincies bleek de instroom voor ongeveer 40% te bestaan uit gezinnen die een score 1 of 2 kregen: eenvoudige opvoedvragen of opvoedspanningen. Niettemin kreeg de helft van deze gezinnen een indicatie voor jeugdzorg.

Dit is een algemeen landelijk beeld. In een aantal provincies en door een aantal jeugdzorgaanbieders wordt hard gewerkt aan een aanbod dat voldoet aan de Wet op de Jeugdzorg: door te werken met kinderen, jongeren én opvoeders, de verhouding tussen draagkracht en draaglast zo te herstellen dat het gewone leven weer voortgezet kan worden.

Dit maakt 24-uurs-zorg niet overbodig. Voor time-outs, crisisopvang, tijdelijke opvang of bescherming van het kind tegen zichzelf of anderen tegen een jongere, kan een dergelijk verblijf nodig zijn. Fundamentele veranderingen in het opvoeden en opgroeien mogen er echter niet van verwacht worden. Argumentaties blijken steeds gelogenstraft te worden door de evidence. Een van de redeneringen is dat kinderen met hechtingsstoornissen in een instelling behandeld moeten worden voor ze in een gezin kunnen opgroeien. Het internationaal (mede door Nederlandse hoogleraren opgestelde) behandelprotocol voor hechtingsstoornissen bij kinderen en adolescenten schrijft echter juist voor dat er één dagelijkse, stabiele en betrouwbare opvoeder moet zijn om de specialistische behandeling daarnaast een kans te kunnen geven (AACAP Official Action, 2005). Een kind kan zich alleen leren hechten in de relatie met een concrete persoon. Hechting is iets tussen twee mensen. Het is niet een vaardigheid die een kind in abstracto kan leren. Een citaat uit de richtlijnen: 'De kans op sensitieve verzorging en psychologische investering in het kind – essentiële ingrediënten voor gezonde hechtingen – is veel groter binnen een gezin dan binnen een instelling.'

Een ander vaak gehoord argument is dat sommige kinderen te moeilijk zijn om in een gezin te kunnen opgroeien. Steeds duidelijker wordt dat de grenzen van problemen die pleeggezinnen aan kunnen, verder weg liggen dan eerder werd aangenomen. Een bekend voorbeeld van een effectieve vorm van pleegzorgbegeleiding is de *Multimodal Treatment Foster Care* (Leve & Chamberlain, 2005) voor delinquente

gedragsmoeilijke jongeren die tot de categorie veelplegers behoren. Noodzakelijk is dan wel een intensieve en soms langdurige steun aan het pleeggezin en coaching van de jongere.

Dit roept de vraag op welke informatie ons de evidence nog meer oplevert als we zoeken naar een werkzame jeugdzorg.

4. Wat werkt eigenlijk wel?

In de afgelopen vijftien jaar is er een hausse geweest aan wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van interventies die bedoeld zijn om te helpen bij het opvoeden en opgroeien. Het gaat om een breed onderzoeksterrein waarin interventies geëvalueerd zijn, gericht op het voorkomen of verhelpen van opvoedingsproblemen (zoals kindermishandeling, verwaarlozing), van uithuisplaatsingen, van gedragsproblemen bij kinderen en jongeren (van onhanteerbaar gedrag thuis en/of in school tot vandalisme of delinquentie, maar ook roken en excessief middelengebruik) en van schooluitval.

Er zijn standaarden aangelegd voor het onderzoek naar effectiviteit (Van Yperen, 2003; Van Yperen in deze bundel) en er zijn databases aangelegd met informatie over de werkzaamheid van programma's voor bepaalde problemen bij bepaalde doelgroepen.

Ook in Nederland zijn deze databases in ontwikkeling. Terzijde moet worden opgemerkt dat effectiviteit van zorg maar voor een deel bepaald wordt door de inzet van een bepaalde interventie, programma of methode. Het functioneren van professionals in de volle breedte kent veel meer werkzame ingrediënten dan alleen het toepassen van goede methodieken (zie voor een uitwerking van dit thema de bijdragen van Pijnenburg en Van Yperen in deze bundel). Hun persoonlijke effectiviteit kan echter sterk worden verhoogd door het gebruik van werkzame interventies. Dit kunnen zij doen door, binnen het geheel van hun werkzaamheden, ook een aantal werkzame methodieken toe te passen bij de goede doelgroep of goede cliënt, passend bij het probleem van de doelgroep of cliënt, waarbij de beoogde doelgroep ook feitelijk wordt bereikt. En waarbij uiteraard de interventie volgens de regels wordt toegepast. Een goede implementatie en integratie van een interventie in de werkrelatie tussen professional en cliënt is dus minstens even belangrijk als het eerdere bewijs dat de interventie effectief kan zijn.

Een goed voorbeeld van zo'n database van effectieve preventieve interventies, waarin alleen die programma's worden opgenomen die

effecten op de lange termijn hebben laten zien én een gunstige kosten-batenanalyse kunnen overleggen na onderzoek dat aan de strengste eisen voldoet, is de database van de *Center for the Study and Prevention of Violence* van de Colorado University in de USA. Daar is een lijst te vinden van 12 *model programs* die bewezen effectief zijn in het voorkomen van ernstige problemen op het terrein van antisociaal gedrag, criminaliteit (en recidive daarvan), schooluitval en alcohol en middelengebruik.⁶

Dit zijn de volgende programma's:

- Midwestern Prevention Project
- Big Brothers Big Sisters of America⁷
- Functional Family Therapy⁷
- Life Skills Training⁷
- Multisystemic Therapy⁷
- Nurse-Family Partnership⁷
- Multidimensional Treatment Foster Care⁷
- Olweus Bullying Prevention Program
- Promoting Alternative Thinking Strategies
- The Incredible Years: Parent, Teacher and Child Training Series⁷
- Project Towards No Drug Abuse

Voor een deel richten deze programma's zich op individuele gezinnen en kinderen (*indicated prevention*) en voor een deel op risicogroepen (*selective prevention*) en voor een ander deel op groepen met zeer grote problemen (*clinical interventions*). Wat opvalt is dat deze modelprogramma's, ongeacht de doelgroep, en ook alle (niet hier genoemde) veelbelovende programma's *community based* zijn, dat wil zeggen in gezinnen, scholen en wijken worden uitgevoerd. Dit geldt ook voor de *clinical interventions* voor de moeilijkste doelgroepen.

Voor dit hoofdstuk is het niet zo relevant om welke interventie het precies gaat. Interessanter dan de vraag *welk* programma effectief is, is hier de vraag *waardoor* een dergelijk programma effectief is. Dit is de vraag naar de werkzame bestanddelen van effectieve interventies. In de onderzoeksliteratuur op het terrein van interventies die bedoeld zijn om opvoeden en opgroeien te verbeteren, tekenen zich enkele algemene effectiviteitkenmerken af. Deze kenmerken gelden zowel voor

6 Kijk voor de database op: <http://www.colorado.edu/cspv/blueprints/model/overview.html>.

7 Programma op dit moment ook in Nederland beschikbaar.

preventieve als curatieve interventies. Hermanns et al. (2005) komen tot de conclusie dat een interventie effectiever zal zijn naarmate:

1. Deze beter doordacht, gestructureerd, gestandaardiseerd en geëvalueerd en dus 'erkend' is;
2. Er een beter evenwicht bestaat tussen de omvang van de problematiek en de intensiteit van de beschikbare inzet;
3. Deze beter aansluit bij de wijze waarop ouders, kinderen en jongeren hun problemen ervaren;
4. Deze beter gericht is op het weer greep krijgen op het eigen leven van ouders, kinderen en jongeren;
5. Deze beter beschikbaar is in de verschillende leefsituaties van ouders, kinderen en jongeren;
6. Deze meer werkt met overeengekomen concrete doelen;
7. Deze sociale netwerken rond ouders, kinderen en jongeren meer activeert.

Opvallend is dat vijf van de kenmerken (3 t/m 7) geïnterpreteerd kunnen worden als een pleidooi voor een vraaggestuurde, contextuele benadering, waarbij het herstel van zelfregulatie en het activeren van netwerken essentiële onderdelen zijn. Daarmee sluiten deze bevindingen aan bij transactionele, sociaal-ecologische modellen die in het vakgebied van de ontwikkelingspsychopathologie toonaangevend zijn. Een voorbeeld. Recidive na ernstige jeugddelinquentie wordt het best voorkomen door een individuele en intensieve coaching van de jongere en relevante anderen in de verschillende levensdomeinen: gezin, school, werk, vriendenkring, sport en vrije tijd, waarbij zowel met de jongere als met de opvoeders en andere personen in die contexten gewerkt wordt aan reïntegratie en participatie (Multisysteemtherapie). Een ander voorbeeld. Ernstige opvoedproblemen (waaronder kindermishandeling en verwaarlozing) bij alleenstaande tienermoeders in risicosituaties kunnen effectief worden voorkomen door intensieve coaching van de ouder in verzorging, gezinsmanagement en opvoeding, maar ook in het maatschappelijk functioneren van het gezin (*Nurse-Family Partnership*, in Nederland: Voorzorg). In deze voorbeelden wordt duidelijk dat effectieve hulp betekent dat de opvoeders en kinderen of jongeren intensief en langdurig gesteund worden om door henzelf gekozen concrete doelen te bereiken, waardoor zij zelf weer greep krijgen op hun eigen leven. Duidelijk is ook dat het hier om een aanpak gaat die breed, intensief en soms langdurig is.

Wat betekent dit nu voor de inrichting van de jeugdzorg? Een organisatie-model van jeugdzorg waarin de werkzame kenmerken van effectieve programma's effectief in stelling gebracht worden voor de doelgroep van de jeugdzorg is het *Wraparound care model*.

Het Wraparound care model

In de jeugdzorg in de USA is het *Wraparound* model in de laatste jaren zeer sterk gegroeid. In vrijwel alle staten wordt het jaarlijks bij miljoenen kinderen en jongeren in jeugdzorg en jeugdbescherming toegepast (Bruns et al., 2006; Bruns et al., 2004; Carney & Buttell, 2003; Scott & Eber, 2003; Stambaugh et al., 2007). In Nederland is het nagenoeg onbekend. Myers en Farrell (2008) noemen *Wraparound* en de eerder genoemde Multisysteemtherapie (MST) als twee vergelijkbare hulpverleningsmodellen. *Wraparound* is oorspronkelijk ontworpen als een casemanagementmodel om de hulp aan cliëntsyste-men met complexe problemen beter te organiseren. Al weer enige tijd geleden werd door Brown en Hill (1996) een Canadees jeugdzorg-programma gepresenteerd dat de traditionele jeugdzorg op een geheel andere leest schoeit. Het beschreven programma (het *Halton Wrap-around Program*) is bedoeld voor kinderen en jongeren met (ernstige) gedragsproblemen die normaliter in residentiële behandelinstellingen worden opgenomen. In essentie komt het programma erop neer dat alle instellingen voor jeugdzorg in een bepaalde regio afspreken dat ze het deel van hun jaarlijkse budgetten voor zeer problematische gezinnen overhevelen naar een neutrale organisatie. Deze organisatie gebruikt die budgetten vervolgens via de casemanager van het betreffende kind of jongere weer om die zorg, hulp en behandeling in te kopen bij diezelfde instellingen. De casemanager organiseert doorgaans een rondetafelconferentie met betrokken hulpverleners en het gezin om één plan te maken.

Wraparound is inmiddels meer dan een vorm van casemanagement. Werkenderwijs ontstond er ook een inhoudelijke visie op het bewerkstelligen van veranderingen in levens van mensen met ernstig en chronisch problematisch gedrag (Malysiak, 1997; VanDenBerg & Grealish, 1996). *The National Wraparound Initiative Group* onder leiding van Bruns formuleerde een aantal principes die inmiddels ook tot kwaliteits- en integriteitscriteria horen die aan de hand van gestandaardiseerde observatieschalen getoetst kunnen worden (Bruns et al., 2006; Epstein et al., 1998; Nordess & Epstein, 2003).

De belangrijkste elementen in de inhoudelijke visie achter *Wraparound* zijn dat duurzame veranderingen in cliëntsystemen alleen kunnen plaatsvinden als:

- Interventies passen in een plan dat door een team van professionals en personen uit het eigen netwerk samen met het cliëntstelsel is ontworpen;
- Dit plan concrete doelen heeft in de eigen leefsituatie van het cliëntstelsel;
- De noodzakelijke activiteiten door een casemanager en de cliënt samen worden aangestuurd;
- De noodzakelijke interventies zowel van sociale netwerken als van professionele instellingen uit meerdere sectoren van hulp, zorg en ondersteuning kunnen worden ingezet;
- De uitvoering plaatsvindt in de omgeving die in de gegeven omstandigheden het minst restrictief is, en dus bij voorkeur in de eigen leefsituatie.

Het *Wraparound* model werkt aldus aan wat hierboven als het centrale doel van de jeugdzorg beschreven is: het herstel van het gewone leven van jeugdigen en hun opvoeders. Voor een groot deel gaat het om alledaagse, maar uit de hand gelopen kwesties die te maken hebben met communicatie, conflicthantering, structuur en gezag. Vaak gaat het ook om materiële en sociale voorwaarden voor de opvoeding: huisvesting, financiën, sociale isolatie, conflicten met instanties en met andere burgers. Specialistische kennis wordt gebruikt als dat in het plan past. Deze expertise wordt zoveel mogelijk geïmporteerd in het leven van de gezinnen. Zo kunnen vele evidence based interventies zoals agressieregulatietrainingen, angstbehandeling, behandeling van posttraumatische stressstoornis ingezet worden als dat voor de uitvoering van het plan nodig is. Versnippering en verkokering van deze interventies over verschillende instellingen is in principe geen probleem en soms zelfs een voordeel. Het gezin gebruikt wat het nodig heeft en waarvoor het verzekerd is, waar het recht op heeft; het gebruikt bestaande subsidieregelingen en begeleidingstrajecten. Het gezamenlijke plan van de 'expert van het gewone leven' en van het gezin zorgt voor samenhang en structuur en stuurt het veranderingsproces. Het exporteren van kinderen naar specialistische ketens wordt echter tot het uiterste vermeden. Taxeren van risico's, anticiperen op crises en nauwkeurig monitoren

van doelbereik zijn tot slot vaste onderdelen van het werken met het *Wraparound* model.

Het *Wraparound* model is geprotocolleerd⁸. Naast de casemanager is er in het Amerikaanse model een assistent die met een zeer lage caseload (gemiddeld 5 tot 8) het cliëntstelsel dagelijks ondersteunt in de uitvoering van het plan, in het voorbereiden van de teambijeenkomsten en het monitoren van de voortgang. In de Nederlandse variant van het *Wraparound* model (Intensieve Pedagogische Thuis-hulp; Hermanns et al., 2002) worden de functies van casemanager en gezinshulpverlener gecombineerd. Als er echter een gezinsvoogd of jeugdreclasseringswerker is, wordt die de casemanager.

In een *Wraparound* programma wordt in principe op alle relevante levensterreinen gewerkt. Het *Wraparound* model kent een opbouw in 13 stappen (VanDenBerg & Grealish, 1996).

1. Identificeren van de sleutelpersonen in het leven van de cliënt;
2. Verhelderen aan betrokkenen hoe *Wraparound* werkt;
3. Formeren van een *Wraparound*-team;
4. Bepalen welke professionele voorzieningen bij de cliënt betrokken zijn en selecteren welke voorzieningen (nog) nodig zijn;
5. Opstellen van een plan met meetbare doelen;
6. Bepalen welke training of begeleiding de sleutelfiguren nodig hebben;
7. Opstellen van een plan voor crisissituaties en de voorwaarden (eventueel de jeugdbeschermingskaders) bepalen voor de uitvoering van het plan;
8. Zoeken naar hulp, behandeling, ondersteuning die nog niet aanwezig is, maar wel nodig is;
9. Zorgen voor een financiële dekking van het plan;
10. Uitvoeren van het plan;
11. Evalueren van de voortgang en eventueel bijstellen van het plan;
12. Bepalen van de afronding en het maken van een lange-termijnplan;
13. Vastleggen van de mate waarin doelen bereikt zijn als input voor verdere programmaontwikkeling.

⁸ In de VS worden overigens onder de naam *Wraparound* honderden verschillende programma's bij miljoenen gezinnen toegepast die lang niet allemaal aan minimale kwaliteitseisen voldoen. In dit hoofdstuk wordt uitsluitend het geprotocolleerde en gestructureerde programma bedoeld dat in de hier besproken literatuur beschreven en onderzocht is.

Het team komt slechts enkele malen bij elkaar (vaak om de drie maanden). Het zwaartepunt van de uitvoering ligt bij de cliënt, de casemanager en op professioneel vlak bij de assistent, al dan niet in één persoon verenigd.

Een belangrijk element in het *Wraparound* model ten slotte is de overtuiging dat het cliëntsysteem zelf mede-probleemeigenaar is en dat veranderingen niet zonder intrinsieke motivatie van de cliënt mogelijk zijn. Daarom is de cliënt (of zijn de cliënten als het om een gezin gaat) altijd lid van het *Wraparound*-team. Dit lijkt in eerste instantie op gespannen voet te staan met het gegeven dat het *Wraparound* model vaak wordt toegepast in situaties waarin er sprake is van een gedwongen kader zoals jeugdstrafrecht en kinderscherming. In de praktijk blijken dwang en hulp vaak echter goed te combineren (Hermanns, 2004; Hermanns et al., 2008; Menger, 2008).

Er is empirische onderbouwing voor de werkzaamheid van deze aanpak. In een *randomized controlled trial* (RCT) vonden Carney en Buttell (2003) dat een groep jonge delinquenten die in het *Wraparound* model begeleid werd, tijdens en vlak na het programma minder van huis wegliep, minder spijbelde, minder vaak van school geschorst werd, minder vaak geweld pleegde, minder vaak door de politie werd opgepakt en vaker een baan had dan een controlegroep voor wie de conventionele aanpak van justitie gold (een casemanager die de jongere verwees naar een aantal losstaande interventies). De recidive was voor beide groepen in de korte meetperiode van enkele maanden na het programma heel laag en verschilde niet. In een RCT met gedragsmoeilijke kinderen in pleeggezinnen (Clark et al., 1996) bleek het aantal kinderen dat wegliep aanzienlijk teruggebracht te worden en bleken de pleeggezinplaatsingen stabiel. In een aantal studies met voor- en nametingen bleken gedragsproblemen van kinderen te verminderen en werd uithuisplaatsing vaak voorkomen (Bruns et al., 1995; Anderson et al., 2003). *Wraparound* voldoet wellicht nog niet aan alle voorwaarden voor erkenning als bewezen effectief, maar is wel evidence based en in ieder geval practice based. De aanpak is kosteneffectief en, omdat er minimaal gebruik gemaakt wordt van institutionele zorg en maximaal van het *community based* aanbod, doorgaans aanzienlijk goedkoper dan reguliere jeugdzorg (Brown & Hill, 1996; Bruns et al., 1995).

In een aantal 'moderne', *community based* interventies is het *Wraparound* model overigens al herkenbaar aanwezig, zoals *Families First*,

Nieuwe Perspectieven, Voorzorg, Multisysteemtherapie, en Intensieve Pedagogische Thuishulp. Ook in het onderwijs wordt dit model in toenemende mate toegepast, bijvoorbeeld bij onderwijs-zorgprogramma's voor zogenoemde moeilijk plaatsbare kinderen (Radema et al., 2005; Scott & Eber, 2003).

Op dit moment vinden in Nederland *Wraparound* pilots plaats in een aantal instellingen en gemeenten. Niet alleen de methodische aanpak wordt dan geëvalueerd, maar ook de bestuurlijke en organisatorische voorwaarden waaronder dit model in Nederland kan functioneren.

5. Slot

Het huidige Nederlandse stelsel van de jeugdzorg, de wijze van financiering en de aansturing zal naar alle waarschijnlijkheid snel en grondig worden herzien. De stelling die hier betrokken wordt, is echter dat een stelselherziening alleen zin heeft als er eerst nog eens grondig wordt nagedacht over wat ook weer het doel van de jeugdzorg was, wat ouders en kinderen het best helpt en hoe het individuele jeugdzorgtraject het best georganiseerd kan worden.

Literatuur

- AACAP Official Action (2005). Practice Parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *Journal of the Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 1206-1219.
- Anderson, J., Wright, E., Kooreman, H., Mohr, W., & Russell, L. (2003). The Dawn Project. A model for responding to the needs of children with emotional and behavioral challenges and their families. *Community Mental Health Journal*, 39, 63-74.
- Brown, R., & Hill, B. (1996). Opportunity for change. Exploring an alternative to residential treatment. *Child Welfare League of America*, 725, 35-57.
- Bruns, E., Burchard, J., & Yoe, J. (1995). Evaluating the Vermont system of care. Outcomes associated with community-based wraparound services. *Journal of Child and Family Studies*, 4, 321-339.
- Bruns, E., Suter, J., & Leverentz-Brady, K. (2006). Relations between program and system variables and fidelity to the wraparound process for children and families. *Psychiatric Services*, 57, 1586-1593.
- Bruns, E., Walker, J., Adams, J., Miles, P., Osher, T., Rast, J., et al. (2004). *Ten principles of the wraparound process*. Portland: Portland State University.

- Campbell, S. (1990). The socialization and social development of hyperactive children. In M. Lewis, & S. Miller (Eds.), *Handbook of Developmental Psychopathology*. New York: Plenum Press.
- Carney, M., & Buttell, F. (2003). Reducing juvenile recidivism. Evaluating the Wraparound Services Model. *Research on Social Work Practice*, 13, 551-568.
- Clark, H., Lee, B., Prange, M., & McDonald, B. (1996). Children lost within foster care system. Can wraparound service strategies improve placement outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, 5, 39-54.
- Dimmendaal, G. (1990). *Groningen Ingericht*. 125 jaar residentiële jeugdhulpverlening in de provincie Groningen. Bedum: Scholma Druk.
- Dodge, K., Dishion, T., & Lansford, J. (2006). Deviant peer Influences in Intervention and public policy for youth. *SRCD, Social Policy Report*, XX, 20.
- Epstein, M., Jayanti, M., McKelvey, J., Frankenberry, E., Hardy, R., Dennis, K., et al. (1998). Reliability of the wraparound observation form. An instrument to measure the wraparound process. *Journal of Child and Family Studies*, 7, 161-170.
- Gezondheidsraad. (2000). *Diagnostiek en behandeling van ADHD* (No. 2000/24). Den Haag: Gezondheidsraad.
- Harder, A., & Knorth, E. (2009). 2.345 Jeugdigen (z)onder dak. *Kind en Adolescent*, 30, 210-230.
- Hermanns, J. (2004). Effectieve hulp in het kader van een dwangmaatregel. In H. Baartman, D. Graas, R. de Groot, & T. Zandberg (Eds.), *Wie maakt de dienst uit*. Macht en onmacht in opvoeding en hulpverlening (pp. 105-114). Utrecht: Uitgeverij Agiel.
- Hermanns, J., & Kloosterman, M. (2008). De overheid achter de voordeur. Een nieuwe koers en de reacties van burgers. In T. Notten (Ed.), *De lerende stad*. Het laboratorium Rotterdam (pp. 163-173). Antwerpen/Apeldoorn: Garant.
- Hermanns, J., Mordang, H., & Mulder, L. (2002). *Jeugdhulp thuis*. Een alternatief voor uithuisplaatsing. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Hermanns, J., Öry, F., & Schrijvers, G. (2005). *Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter*. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen. Utrecht: Julius Centrum.
- Leve, L., & Chamberlain, P. (2005). Association with delinquent peers. Intervention effects for youth in the juvenile justice system. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33, 339-347.
- Malysiak, R. (1997). Exploring the theory and paradigm base for wraparound. *Journal of Child and Family Studies*, 6, 399-408.
- Menger, A. (2008). Professioneel werken in een gedwongen kader. *Justitiële Verkenningen*, 34, 42-56.
- Myers, D., & Farrell, A. (2008). Reclaiming lost opportunities. Applying public health models in juvenile justice. *Children and Youth Services Review*, 30, 1159-1177.
- Nordess, P., & Epstein, M. (2003). Reliability of the Wraparound Observation Form - Second Version. An instrument designed to assess the fidelity of the wraparound approach. *Mental Health Services Review*, 5, 89-96.
- Radema, D., Veen, D. van., Verheij, F., & Wouters, R. (2005). *Samen beter, beter samen*. Onderwijs-zorgarrangementen in het speciaal onderwijs. Antwerpen-Apeldoorn: Garant.
- Roy, P., & Rutter, M. (2006). Institutional care. Associations between inattention and early reading performance. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 480-487.
- Roy, P., Rutter, M., & Pickles, A. (2000). Institutional care. Risk from family background or pattern of rearing? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 139-149.
- Roy, P., Rutter, M., & Pickles, A. (2004). Institutional care: associations between overactivity and lack of selectivity in social relationships. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 866-873.
- Sameroff, A., & Fiese, B. (2000). Transactional regulation. The developmental ecology of early intervention. In J. Shonkoff, & S. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 135-159). Cambridge: Cambridge University Press.
- Scott, T., & Eber, L. (2003). Functional Assessment and wraparound as systemic school responses. Primary, secondary and tertiary systems examples. *Journal of Positive Behaviour Interventions*, 5, 131-149.
- Stambaugh, L., Mustillo, S., Burns, B., Stephens, R., Baxter, B., Edwards, D., et al. (2007). Outcomes from wraparound and multisystemic therapy in a center for mental health services system-of-care demonstration site. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 15, 143-155.
- Van Yperen, T. (2003). *Resultaten in de jeugdzorg. Begrippen, maatstaven en methoden*. Utrecht: NIZW.
- Van der Zeyde, N. (1956). *Verwaarlozing en "Verwaarlozing"*. Over het begrip psychopathie in verhouding tot het begrippenstelsel van de pedagogiek. Groningen/ Djakarta: J.B. Wolters.
- VanDenBerg, J., & Grealish, M. (1996). Individualized services and supports through the wraparound process. Philosophy and procedures. *Journal of Child and Family Studies*, 5, 7-21.