



Jeugdhulp 3.0

Harrie van Leeuwen¹

De jeugd- en opvoedhulp, zorg voor jeugd met een verstandelijke beperking en de Jeugd-GGZ hebben de opdracht om gezamenlijk een sector te vormen waarin de oude schotten langzamerhand verdwijnen. Enkele structurele maatregelen gericht op de zorginkoop, financiering en wet- en regelgeving hebben, als een wat hardhandige duw in de rug, hun uitwerking gehad. Het is tijd dat we dit effect ook gaan zien in de professioneel inhoudelijke denk- en werkkaders.

Transformatie naar jeugdhulp 3.0

Organisaties in de jeugdhulp hebben inmiddels (soms noodgedwongen) het karakter van een hybride organisatie aangenomen. Hierin bevinden zich drie waardensystemen (het professionele waardensysteem, het bedrijfseconomische en de oriëntatie op politiek-maatschappelijke verwachtingen van de gemeentelijke stakeholders) in een continu dynamisch evenwicht. Dominantie van een van de waardensystemen is niet vanzelfsprekend en dit betekent voor professionals dat ze in staat moeten zijn om steeds het optimum te vinden tussen het belang van professionele ontwikkeling, hun rol als medewerker van een organisatie en hun sensitiviteit voor maatschappelijke ontwikkelingen en verwachtingen.

In een terugblik op de kinder- en jeugdpsychiatrie beschreven we in *Kind en Adolescent* (Van Leeuwen, 2016) dat de kinder- en jeugdpsychiatrie meerdere transitie heeft doorgemaakt. Van instituut gebonden kinder- en jeugdpsychiatrie naar gereguleerde marktconforme Jeugd-GGZ en vervolgens naar lokaal aangestuurde hybride GGZ-organisaties. De jeugd- en opvoedhulp kende al langer een meer lokaal politieke oriëntatie. De huidige transitie in het sociaal domein moeten o.a.

¹ Harrie van Leeuwen, MHA, is kinder- en jeugdpsychiater n.p., bestuursadviseur en werkzaam bij bureau PEERS
harrievanleeuwen@bureaupeers.nl Blogs: www.bureaupeers.nl

leiden tot een transformatie van de jeugdhulp waarbij de maatschappelijke opvattingen over zorg en participatiemaatschappij inhoudelijk een dominant thema vormen.

Wat zien we nu professioneel inhoudelijk van de transformatie naar jeugdhulp 3.0?

Hoewel de ontreding bij professionals na de stelselwijziging en de invoering van de jeugdwet nog moet zakken, kunnen we een aantal ontwikkelingslijnen onderscheiden.

1. Geïntegreerde jeugdhulp

Wanneer specialistische jeugdhulp is vereist, is co-morbiditeit meer regel dan uitzondering. Ook het samengaan van problemen op meerdere maatschappelijke terreinen komt veel voor. De bedoeling van de stelselwijziging is onder andere ontschotting van regelgeving en financiering uit verschillende domeinen. Veel gemeenten en het NJI noemen dit integrale jeugdhulp en hebben dit als eis voor de zorginkoop geformuleerd. De opdracht voor professionals is een werkwijze te vinden waarin de interventies gericht op verschillende domeinen geïntegreerd kunnen worden aangeboden. Dit vraagt om een professionele visie op het leveren van hulp vanuit systeemtheoretische kennis, vanuit kennis en ervaring met multidisciplinaire samenwerking en een samenhangend begrippenkader dat de afzonderlijke disciplines overstijgt (Van Leeuwen, 2018).

2. Verlies bestaansrecht van geprotocolleerde interventies met exclusiecriteria

De afgelopen jaren zijn – juist ook in de KJP - een aantal evidence based interventies ontwikkeld op grond van in het buitenland bewezen effectieve behandelingen. Veel van deze interventies bestaan uit stoornisspecifieke uitgeschreven behandelprotocollen met dikwijls exclusie op grond van comorbide klachten. In de komende jaren zal de aandacht steeds meer uitgaan naar het toepassen van een combinatie van werkzame elementen waarmee behandelingen kunnen worden samengesteld. Om geïntegreerde (jeugd)hulp domein overstijgend te kunnen bieden is het zaak gepersonaliseerde behandelingen samen te stellen met de evidence based elementen uit verschillende domeinen (Hayes & Hofmann, 2017). Daardoor zal co-morbiditeit niet langer als uitsluitingscriterium, maar juist als inclusiecriteria gaan gelden. Interventies zullen door de diagnostische categorieën heengaan en juist daardoor geschikt zijn voor het behandelen van co-morbiditeit (angst en depressie, oppositioneel opstandig gedrag en ADHD).

3. Hernieuwde aandacht voor klinisch redeneren en casusconceptualisatie

Individuele problematiek van jeugdigen en gezinsproblematiek is vaak samengestelde problematiek. Dat betekent dat er een overstijgende holistische theorie van het unieke kind, jeugdige of gezin moet worden opgesteld. Verschillende medewerkers in multidisciplinaire teams, afkomstig uit verschillende disciplines, sectoren en soms ook organisaties, moeten met elkaar een vorm vinden waarmee ze tot een gezamenlijke casusconceptualisatie kunnen komen. Dat betekent aandacht voor de inhoudelijke maar ook de meer filosofische grondslagen en principes waarmee deze teams gaan werken. Teamleden kunnen botsende (soms niet expliciete) opvattingen en vooronderstellingen hebben over psychische problemen, multicausaliteit en wat wel en wat niet voor behandeling in aanmerking komt en hoe behandeldoelen moeten worden geprioriteerd. Dit kan afhangen van de therapeutische oriëntatie, van de discipline, maar ook waar men is opgeleid. Na de casusconceptualisatie moet consensus worden bereikt over de keuze, volgorde en intensiteit van de verschillende als werkzaam bekende elementen. Hoe te komen tot deze keuze? We weten dat multidisciplinaire teams die worden

gehinderd door professionele hiërarchie hierin minder effectief zijn, evenals teams waar medewerkers zich in hun beroepsidentiteit voelen aangetast. De huidige transformatie vraagt dat we onszelf ook hierop durven bevragen. Gelukkig bestaat er in Nederland een stevige onderzoekstraditie naar het klinisch redeneren om tot casusconceptualisatie en inhoudelijke consensus te komen (Witteman, Claes, & van der Heijden (2017).

4. Vernieuwing van de professionele identiteit

Beroepen in de jeugdhulp en Jeugd-GGZ kennen een problematische relatie met de professionele identiteit. Onder psychologen en orthopedagogen is de differentiatie naar de verschillende beroepsvormen als basispsycholoog, orthopedagoog met diagnostische aantekening, orthopedagoog generalist, kinder- en jeugdpsycholoog NIP, kinder- en jeugdpsycholoog specialist NIP, GZ-psycholoog en klinisch (neuro)psycholoog net een beetje uitgekristalliseerd. Kinder- en jeugdpsychiaters komen vanuit een positie waarin ze konden claimen dat de kinderpsychiatrie een monodisciplinair vak is, dat weliswaar wordt gevoed door verschillende takken van wetenschap, maar wordt uitgevoerd door een kinder- en jeugdpsychiater (Sanders Woudstra e.a., 1982). Daarmee waren ze de spil van het werkveld. Nu verkeren ze in een situatie waarin hun bestaansrecht binnen de Jeugdhulp wordt betwijfeld, niet vanwege hun kennis, maar omdat ze te duur zouden zijn. Zij voelen zich in hun beroepsidentiteit gediskwalificeerd, maar ondertussen wordt van hen wel gevraagd om in multidisciplinaire teams te werken. In jeugdhulp 3.0 is meer aandacht voor de randvoorwaarden voor een goed functionerend multidisciplinair (of zo men wil interprofessioneel) team en de bijdrage van de verschillende disciplines.

De opdracht voor al deze professionals is om in dit krachtenveld een nieuwe identiteit te verwerven. De professionele verworvenheden moeten worden uitgedragen, uitgebouwd en verwoord in een nieuwe taal. Professionele diagnostiek is onmisbaar en dat is wat anders dan alleen DSM-classificaties noteren ten behoeve van financiers en indicatieorganen. Een beschrijvende diagnose beschrijft sterke en zwakke kanten van individu en het systeem en geeft daarmee aangrijpingspunten voor de aanpak/behandeling. Een van de primaire randvoorwaarden van professionele identiteit is dat duidelijk gaat worden wat de bijdrage van multidisciplinaire teams is bij het leveren van geïntegreerde jeugdhulp. Een andere voorwaarde is dat men het eigen klinisch redeneerproces vakkundig beheerst, maar ook de redeneerwijze van de andere disciplines in het team kent en daarop kan aansluiten.

Daarnaast dient het helder te zijn wat de bijdrage is van de professionele identiteit aan de teamidentiteit. Het is onze overtuiging dat de discussie over de professionele identiteit vanuit vakinhoudelijke overwegingen moet worden opgebouwd. Dat vraagt een visie op het klinisch redeneren, de casusconceptualisatie en van daaruit de vakinhoudelijk bijdrage die elke discipline daarin kan leveren. Als door verschillende disciplines hetzelfde kan worden geleverd, is er vakinhoudelijk geen bestaansrecht voor het disciplineonderscheid en gaan we zien dat sommige beroepen uitsterven en nieuwe ontstaan.

5. Leren van gratis advies

In de designwereld is het allang gemeengoed. Als je een product ontwerpt, staat of valt het succes ervan met het betrekken van de eindgebruiker bij het ontwerpproces. In de hulpverlening betekent dit dat cliënten, professionals die er mee gaan werken, maar ook stakeholders uit het maatschappelijke

domein zouden moeten meedenken bij het ontwerp, de implementatie en de evaluatie van een ontwerp.

In zorginstellingen zijn klachtencommissies een bron van informatie over de zorgpraktijk. Wanneer klachten echt als gratis advies zouden worden benut, dan zou elke klacht in beginsel de start kunnen zijn van een verbeter- of zelfs innovatietraject. De grondslag van elke verbetercultuur is de routine dat missers en fouten acceptabel zijn, mits het leidt tot kwaliteitsverbetering. Klachten zijn Pokon voor het management en ontwikkelafdelingen. Organisaties die het indienen van klachten of het onderzoeken van teleurstellingen niet systematisch oppakken zijn 2.0 of zelfs 1.0.

(<https://klachtenportaalzorg.nl/wkkqz-monitor-door-nivel/>)

Een mooi voorbeeld van hoe het bijvoorbeeld kan, is de methodiek van de dialoogtafels die is ontwikkeld door de Academische Werkplaats Transformatie Jeugd in Friesland. De dialoogtafelmethodiek faciliteert op een prachtige manier het reflecteren op en leren van de geleverde zorg en het formuleren van concrete verbeteracties (<https://awtjf.nl/is-eigenlijk-dialoogtafel/>). In de jeugdhulp 3.0 haken innovatiebroedplaatsen aan bij een regionale dialoogtafel om de input voor de innovatieagenda te genereren.

6. Jeugdhulp verweven in diverse domeinen

Wanneer we (als maatschappij) de nadruk leggen op (*herstel van*) *participatie*, betekent dat dat de Jeugdhulp de belemmeringen daarvoor moet helpen overwinnen. Dat betekent een transformatie van de doelstellingen, cultuur en werkwijzen in diverse maatschappelijke organisaties. Dan denken we aan jeugdhulp en Jeugd-GGZ-componenten ingebed in het onderwijs, met als doel het wegnemen van psychische leerbelemmeringen. Daarnaast kan de jeugdhulp ook bijdragen aan deskundigheidsbevordering zoals het trauma sensitief lesgeven. Aan jeugdhulpcomponenten toegevoegd aan verenigingen met als doel dat kinderen met psychische problemen weer kunnen meedoen met sport en vrijetijdsbesteding. Training van vrijwilligers en opleiding van professionals in andere sectoren zijn voorbeelden van expertise uit de jeugdhulp die wordt ingebed in andere maatschappelijke organisaties.

De jeugdhulp wordt professioneel en inhoudelijk de komende tijd ontzettend veel rijker.

Literatuur

Hayes, S. C. & Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry*, 16(3), 245-246.

Van Leeuwen, H. M. P. (2016). Wat doen we met de kinder- en jeugdpsychiatrie? In *Transformaties in de jeugdzorg* (pp. 85-89). Bohn Stafleu van Loghum, Houten.

Van Leeuwen, H.M.P. (2018). Integrale jeugdhulp biedt alles ineen. Maar wat dan precies? *Kind en Adolescent Praktijk*, 1, 36-38.

Sanders-Woudstra, J. A. R., Minderaa, R. B., & Verheij, F. (1982). Kinderpsychiatrie: Een vak en een identiteit. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 24, 257-265.

Witteman, C. L. M., Claes, L., & van der Heijden, P. T. (2017). *Psychodiagnostische besluitvorming: Deskundig oordelen in de klinische praktijk*. Utrecht: de Tijdstroom.