



# De toekomst en het verleden van de jeugd

# De toekomst en het verleden

## In dit magazine

### **De toekomst en het verleden van de jeugd**

De GGZTotaal van mei

[Naar artikel](#) >

### **Een essentiële periode in ons leven**

Hoe hechtingsproblemen al prenataal kunnen ontstaan

[Naar artikel](#) >

### **Kind in de knel**

De levenslange gevolgen van een vechtscheiding voor kinderen

[Naar artikel](#) >

### **Robert Broeils: De medicijnjongen - mijn moeder had Münchhausen-by-proxy**

Johan Atsma recenseert een boek

[Naar recensie](#) >

### **De Jeugdwet bestaat drie jaar. En nu?**

Drie jaar haken en ogen, nog onvoldoende van de grond gekomen

[Naar artikel](#) >

### **Binnenkort heeft iedereen ADHD!**

Sanne te Meerman over reïficatie en bijgeloof

[Naar artikel](#) >

### **'Een belangrijke brugfunctie tussen de verschillende professionals'**

Tweemaal een poh-ggz-jeugd aan het woord

[Naar artikel](#) >

### **ExpEx helpt door over ervaringen te praten**

Koosje de Beer interviewt twee jongeren over hun ervaringen als buddy

[Naar artikel](#) >

### **'Emotieverkoper'**

Een gedicht van Gisele Vranckx

[Naar gedicht](#) >

GGZTotaal verzorgt ook een [dagelijks nieuwsoverzicht](#). Maak er je startpagina van!

# van de jeugd

### *De GGZTotaal van mei*

Afgelopen jaarwisseling was de jeugdwet drie jaar van kracht, de afgelopen maanden zoemde het dan ook van de evaluaties. Wij doen daar op onze eigen manier aan mee door dit magazine in zijn geheel aan 'Jeugd' te wijden. Over 'jeugd' valt wel iets meer te vertellen dan over de jeugdwet alleen, tenslotte krijgt het grootste deel van de jeugd er nooit mee te maken. De jeugd waar we het in dit magazine over hebben dan weer wel (we zijn immers een magazine over de ggz), maar zelfs dan is er meer dan voldoende stof om over te schrijven.

De eerste drie artikelen gaan over het verleden. Ook kinderen en jongeren hebben dat, zelfs baby's hebben er één. [Psychotherapeut Rien Verdult vertelt](#) in "Een essentiële periode in ons leven" hoe (onder andere) hechtingsproblemen al in de prenatale fase kunnen ontstaan. Wie dit niet onmiddellijk terzijde schuift als 'alternatief' en 'vaag en onbewezen', kan zich verdiepen in een bijna vanzelfsprekende theorie.

Als deze essentiële periode goed doorlopen is, volgt voor veel kinderen een volgende uitdaging: de (v) echtscheiding van hun ouders. Twintig procent van de ruim 50.000 echtscheidingen verloopt problematisch, de kinderen die ermee te maken krijgen kunnen er levenslang last van houden, zo betogen Annette Teunissen en Hetty van der Hek in ['Kind in de knel'](#).

Johan Atsma [recenseert](#) 'De Medicijnjongen' van Robert Broeils, die in dat boek verslag doet van zijn jeugd met een moeder met het Münchhausen-by-proxy-syndroom. Of Broeils heden ten dage nog last heeft van dat moeilijk invoelbare syndroom van zijn moeder, vermeldt het verhaal niet, maar het zou niet verbazen.

Tot zover mogelijke oorzaken van een problematische jeugd, waar gelukkig niet iedereen de gevolgen van ondervindt. Voor wie dat wel doet, is drie jaar geleden de jeugdwet geïntroduceerd, waarin wordt geregeld dat, en voor zover mogelijk hoe, gemeenten verantwoordelijk zijn voor alle vormen van jeugdhulp. Onlangs werd de wet geëvalueerd, onder andere via een hoorzitting in de Tweede Kamer. De resultaten zijn niet echt positief, al valt daar wel wat op af te dingen. Willem Gotink geeft [een overzicht](#).

Los van de jeugdwet zijn er ook manieren bedacht om jongeren met problemen te behandelen, te begeleiden of de problemen te voorkomen. Eén daarvan is een praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk, speciaal voor kinderen en jongeren. Twee van hen, Mark Hansen en Lotte Kobus, vertellen over [hun ervaringen](#). En in Haarlem is een bijzonder project voor kinderen met psychiatrische problemen: [ExpEx](#), een ervaringsdeskundige leeftijdsgenoot wordt maatje voor een jongere met psychische problemen, als steun en toeverlaat. Koosje de Beer interviewt twee van hen.

Sanne te Meerman schreef al eerder over [reïficatie](#). Een boeiend begrip, dat hij vooral op ADHD toepast. Over de overeenkomsten tussen de diagnostiek van ADHD en hekserij lezen we niet elke dag, maar toch legt te Meerman het verband.

"Als ze na de tweede keer, haar armen lachend zwaait naar mij, is ze eindelijk vrij -in haar huis-", [dicht Gisele Vranckx](#) tenslotte. Leest u zelf maar hoe ze daartoe komt. ●



# EEN ESSENTIËLE PERIODE IN ONS LEVEN

## HOE HECHTINGSPROBLEMEN AL PRENATAAL KUNNEN ONTSTAAN

Op welke leeftijd kunnen psychische problemen beginnen? Volgens de meeste theorieën ontwikkelen hechtingsproblemen zich vanaf het eerste levensjaar, de meeste onderzoeken gaan uit van de leeftijd van negen maanden. Maar er zijn ook aanwijzingen dat we het in een eerder stadium moeten zoeken: in de prenatale fase. Het stressvrij doorlopen van die periode wordt in ieder geval gezien als een **beschermende factor** voor het ontstaan van hechtingsproblemen.

Maar er is meer.

### Erkenning van de invloed van de prenatale fase

“Er is veel wetenschappelijk bewijs voor de invloed van het gedrag en de emoties van de moeder op het prenatale kind”, zegt de in België woonachtige psychotherapeut Rien Verdult. “Bij roken en drinken is dat al heel duidelijk. Ook bij stress is dat aangetoond. Bij zaken als ambivalentie en afwijzing van de moeder ten opzichte van het kind is dat lastiger, ook omdat dat op zich al moeilijk meetbaar is.”

Rien Verdult is één van de weinige psychotherapeuten die zich richt op deze tamelijk essentiële periode in ons leven. Hij weet dat er bij de meeste hulpverleners nog veel gebrek aan kennis is, weerstand zelfs, maar ziet wel een verschuiving optreden naar meer acceptatie en erkenning voor vormen van traumatherapie gericht op de prenatale fase.

*Rien Verdult (1953) studeerde ontwikkelingspsychologie aan de universiteit van Groningen. Hij volgde een opleiding tot client-centered psychotherapeut. In Zwitserland specialiseerde hij zich tot prenataal psychotherapeut voor volwassenen en baby's bij William Emerson en Karlton Terry. Hij is lid van de International society of Prenatal and perinatal Psychology and Medicine (ISPPM). Samen met zijn partner Gaby Stroecken verzorgt hij lezingen en nascholingen over babytherapie.*

*Meer informatie over babytherapie en de achtergronden daarvan is (onder andere) te vinden in een lezing van Rien Verdult 2009: De [vroeghe hechting van baby's](#) (2009) en het boek van Rien Verdult & Gaby Stroecken: 'Mijn baby is ontroostbaar' (Witsand, 2010)*



Dat er nog weinig erkenning is voor de gevolgen van prenatale trauma's, wordt volgens hem vooral veroorzaakt doordat ons cognitieve geheugen teruggaat tot het tweede levensjaar. "Van de periode vóór die tijd weten we niets meer, dus we kunnen ons ook maar moeilijk voorstellen dat gebeurtenissen uit die periode trauma's opleveren. Van vóór de geboorte begrijpen we dat al helemaal niet."

Maar het gaat ook helemaal niet over de invloed op ons cognitieve geheugen: "Bij prenatale en perinatale (tijdens de geboorte) trauma's gaat het natuurlijk in de eerste plaats om ervaringen, die zich onder andere via biochemische processen vastzetten in het lichaam. Bij vroegkinderlijke trauma's wordt tegenwoordig wel ingezien dat het lichaam later in het leven reageert op triggers. Psychomotore therapie bijvoorbeeld heeft daar een uitgebreid arsenaal aan interventies voor ontwikkeld. Bij prenatale trauma's is die erkenning er (nog) niet."

"Tijdens het geboorteprocés wordt veel druk ervaren," zegt Verdult. "Daarvóór, tijdens de prenatale ontwikkeling, worden processen die genetisch bepaald zijn beïnvloed door de beschikbare hoeveelheid voedsel, de toevoer van bloed, veranderingen in het functioneren van de placenta en andere omgevingsinvloeden. Dit laatste is relevant, want wat is de omgeving van de foetus? Dat is het lichaam én de daarmee onlosmakelijk verbonden geest van de moeder waar de foetus in leeft. Ons lichaam reageert op triggers die raken aan de emotionele gebeurtenissen uit die periode, ook als die triggers biochemisch vertaald zijn. Biologie en psychologie gaan hier hand in hand."

## Therapie

De ouders die met hun kinderen bij Verdult komen, hebben doorgaans al een traject doorlopen bij kinderartsen of andere hulpverleners. "Wat je ziet, is dat er vooral op het niveau van gedrag en symptomen

geïntervenieerd wordt. Ouders wordt geleerd beter te communiceren met hun baby, artsen geven gedragsadviezen, dat soort dingen. Er wordt zelden gekeken naar de geschiedenis van het kind. Wat er nodig is, is de erkenning dat baby's getraumatiseerd kunnen zijn én dat er gewerkt wordt op het niveau van dat trauma".

Verdult noemt het voorbeeld van een zevenjarig jongetje bij een Zwitserse collega. "Het kind bleek niet in staat taken af te maken. Hij begon daar wel aan, maar hij stopte vroegtijdig en werd angstig als hij, bijvoorbeeld bij een rekentaak, tien minuten bezig was. Dat gedrag speelde bij veel dingen die hij deed. De collega legde een verband met de keizersnede waarmee het jongetje ter wereld was gekomen. Bij een keizersnede wordt het geboorteprocés abrupt onderbroken en niet afgemaakt, terwijl het kind daar op hormonaal niveau wél op voorbereid is. De daarbij horende emoties speelden bij dit kind op zevenjarige leeftijd op als hij in andere processen zat. In de psychotherapie die de Zwitserse collega startte, werd de ervaring van de keizersnede gesymboliseerd en herbeleefd. Na een aantal sessies was de jongen beter in staat zijn taken af te maken. De oefeningen kunnen enigszins vergeleken worden met psychomotore therapie: zet iemand in een vergelijkbare situatie neer en laat hem ervaren wat hij voelt. In dit geval werd een speelgoedhuisje als symbool gekozen waar hij plotseling uitgehaald werd. Het verband met de baarmoeder werd tegen de jongen uiteraard niet benoemd."

Zelf richt Verdult zich vooral op therapie in het eerste levensjaar. Hij ziet gedrag en spanningen in het lichaam optreden die rechtstreeks verband houden met de prenatale fase of de geboorte. Een voorbeeld: "Vaak pakken baby's een oortje vast. Moeders zeggen dan: 'Hij is moe'. Maar bij navraag blijkt dat dan steeds hetzelfde oortje te zijn en dan ook nog het oortje

waar tijdens de bevalling veel druk op is komen te staan. Voor mij is dat een signaal dat daar 'iets' is. Met zachte aanraking, in een veilige omgeving, wordt het oorspronkelijke trauma opgeroepen. Babytherapie is een vorm van lichaamsgerichte psychotherapie, waarbij aanrakingen op de juiste plaatsen het oorspronkelijke trauma kunnen oproepen. Zo kan de baby een verbinding maken tussen zijn angst en de daarbij behorende ervaring. Waar het om gaat, is dat de lichamelijke reactie op triggers minder wordt. Het gaat natuurlijk niet alleen om het aanraken van dat oortje, het is vaak een cluster aan symptomen wat je ziet, een totaal van houding, bewegingen en spierspanning. De kunst is om de juiste trigger te vinden. Door de signalen die we krijgen, kunnen we een beeld vormen van hoe de prenatale relatie met de moeder is geweest".

Vaak worden vooral drukke, onrustige baby's aangemeld voor behandeling. "Vanuit ontwikkelingsperspectief zijn deze baby's er minder ernstig aan toe dan de extreem rustige kinderen. Een foetus die een bedreigende ervaring heeft meegemaakt, zal reageren vanuit zijn sympathische stelsel, bij triggers zal hij dat ook doen en dus onrustig reageren. Een embryo dat niet alleen een bedreigende, maar zelfs levensbedreigende situatie heeft meegemaakt, zal meer reageren vanuit zijn parasympatische stelsel. Bij triggers zal de baby dus eerder stilvallen, extreem rustig worden. Maar deze rust wordt meestal niet gezien als problematisch, terwijl de oorzaak eigenlijk ernstiger is."

## Niet Evidence based, wel aannemelijk en indirect bewijs

Vooralsnog is babytherapie niet evidence based. Wel is er indirect bewijs, vooral waar het over de invloed van het gedrag en (onbewuste) emoties van de moeder op het prenatale kind gaat en de

gevolgen van stress tijdens de zwangerschap voor de relatie met het kind. Onder andere is er veel onderzoek gedaan door de Universiteit van Utrecht en de Universiteit van Tilburg (de onderzoeksgroep in Tilburg is ondertussen opgeheven).

Ook de cliënten zijn doorgaans tevreden over de behandeling, hoewel dat natuurlijk geen hard bewijs is. Verdult: "Ouders laten ons vaak weten dat ze een totaal andere baby terug hebben gekregen, waarbij de slaap en gedragsproblemen veel minder zijn geworden."

Ook de zorgverzekeraars zijn niet afwijzend. De therapie wordt vaak vergoed door de zorgverzekeraars, in ieder geval in Nederland. Verdult: "In België zit psychotherapie sowieso niet of nauwelijks in het verzekeringspakket, dus babytherapie ook niet. Maar de cliënten die uit Nederland komen krijgen onze behandeling vaak wel deels of helemaal vergoed."

## Toename percentage geboortetrauma's

"In het licht van de huidige medische ontwikkelingen kun je verwachten dat het aantal geboortetrauma's toeneemt, omdat er steeds meer ingegrepen wordt tijdens de zwangerschap en de geboorte," zegt Verdult. "Er is een zich ontwikkelende praktijk om vaker in te leiden, keizersneden te doen en andere vormen van niet-natuurlijke bevallingen. Begrijp me goed, ik ben daar beslist niet tegen als dat noodzakelijk is, maar je verstoort wél het biochemisch evenwicht van het ongeboren kind. Dat kind is op een gegeven moment klaar voor een bevalling en alle hormonen en andere stoffen die daarvoor aangemaakt zijn, blijken opeens overbodig als er een keizersnede of een inleiding plaatsvindt. Dat geeft een biochemische disbalans, die zich vast kan zetten in het lichaam en zo weer kan resulteren in huilbaby's of baby's met hevige onrust." ●

# Kind in de knel

## De levenslange gevolgen van een vechtscheiding voor kinderen

Door: Annette Teunissen en Hetty van der Hek



*“Mijn eigen ouders zijn gescheiden na een lange periode van spanning en conflicten. Dit is al heel lang geleden maar de ruzies, spanningen en (on-)uitgesproken conflicten hebben een onuitwisbaar effect gehad op mijn verdere leven. Het was mijn tweede natuur geworden om op spanningen te reageren door deze te vermijden en te proberen te doen wat het beste leek.”*

Dit antwoord gaf één van onze cliënten (die zelf wil gaan scheiden) op de vraag of ze geleerd heeft van een scheiding die ze in het verleden heeft meegemaakt.

### De gevolgen van een echtscheiding

Jaarlijks zijn ongeveer 35.000 minderjarige kinderen betrokken bij de scheiding van hun ouders en nog eens 20.000 bij het uit elkaar gaan van hun niet-getrouwde ouders.

Elke scheiding gaat gepaard met veel veranderingen. Het dagelijks leven van een kind verandert ingrijpend. Vaak moeten kinderen verhuizen, ze krijgen twee woonplekken, ze moeten wisselen van de opvang of van school. Ze zien of hun moeder of vader minder vaak.

Kinderen willen het liefste dat hun ouders weer bij elkaar komen, zodat alles weer wordt zoals het was. Dat is bekend en vertrouwd. Verreweg de meeste kinderen zitten een periode minder lekker in hun vel, waardoor ze verdrietig zijn of soms probleemgedrag gaan vertonen.

Tijdens een scheiding gaan eigenlijk alle kinderen door een moeilijke periode. Als ouder is het dan ook goed om te beseffen hoe heftig een scheiding is voor kinderen.

### Opvoedkwaliteit en doorsudderende conflicten

Volgens psycholoog Joanne Pedro Carroll (Putting Children First) zijn er twee duidelijke indicaties hoe kinderen van gescheiden ouders het na verloop van tijd doen. Eén voorspeller is de opvoedkwaliteit. Kinderen gedijen het best als ouders verzorgend zijn, hun behoeften zien, helder communiceren en liefdevol grenzen stellen.

De tweede voorspeller is minstens zo belangrijk: als conflicten maar doorgaan en het kind er in wordt meegesleept. Voor de ontwikkeling van een kind werken deze constante onopgeloste conflicten als een vergif.

Gelukkig verloopt 80% van de scheidingen redelijk goed en zijn de ouders in staat om de gevolgen die de scheiding heeft voor de kinderen te beperken. Maar 20% van de scheidingen verloopt problematisch: geschat wordt dat jaarlijks minstens 5.500 kinderen ernstig last hebben van de scheiding van de ouders. Vechtscheidingen verlopen zeer problematisch door slepende meningsverschillen, spanningen, onderling wantrouwen en conflicten tussen de ouders. Ouders zijn niet meer in staat zijn om het belang van hun kinderen voorop te stellen en kinderen worden inzet in de strijd tussen de ouders. Deze vechtscheidingen gaan gepaard met zeer negatieve gevoelens naar de andere ouder en ook met acties die bedoeld zijn om de andere ouder schade toe te brengen. Soms kan een vechtscheiding ook een stil gevecht zijn. De ouders ‘zwijgen elkaar dood’ en het kind mag bijvoorbeeld niet over de andere ouder praten of zelfs de naam niet in huis noemen.

### Parental Alienation Syndrome: ouderverstoting of ouderonthechting

Een van de meest ernstige dingen die een kind kan overkomen is het PAS-Syndroom (ouderverstotingssyndroom of oudervervreemdingssyndroom, een vertaling van het Engelse Parental Alienation Syndrome). Dit syndroom is nog niet apart opgenomen in de DSM-V, maar valt onder: Child Affected by Parental Relations Distress (CAPRD). Het verschijnsel komt vooral voor bij kinderen van gescheiden ouders met aanhoudende onderlinge conflicten, waarbij een kind gaandeweg onder invloed van de ene ouder de andere ouder afwijst of verstoot in diverse gradaties: van vermijden via laster tot regelrechte uitvallen tegen die ouder. Marieke Lips spreekt liever van ouderonthechting. Lips is jurist familie- en jeugdrecht, bijzondere



curator en kindbehartiger (belangenbehartiger van kinderen in scheidingsituaties). Tegen [Ouders Centraal](#) zei ze onlangs: "Verstoting klinkt alsof een kind dit doelbewust doet, maar het is een subtiel onthechtingsproces, waarin één ouder een grote rol vervult. Die ouder haalt rare trucjes uit, waardoor een kind teleurgesteld raakt in de andere ouder. Of boos wordt op de andere ouder. Of zegt bang voor de andere ouder te zijn, terwijl daar geen aanleiding voor is. Het resultaat is dat het kind deze ouder steeds meer wegduwt. Het is tegennatuurlijk dat een kind niet bij een ouder wil zijn, want een kind is diep in zijn hart loyaal aan beide ouders. Dat zie je zelfs nog in gevallen van kindermishandeling".

Volgens Lips zouden bij professionals die bij een scheiding betrokken zijn alle alarmbellen moeten afgaan als een kind veel irreële boosheid jegens één ouder laat zien en openlijk negatief over die ouder praat - vaak met veel details, in volwassen taal. Het zal duidelijk zijn dat door een vechtscheiding kinderen ernstig in de knel kunnen raken. Denk hierbij aan: slechtere prestaties op school, emotionele problemen, laag zelfbeeld, depressie, en een hoog drugs- en alcoholgebruik. Maar ook problemen bij het (later) zelf aangaan van relaties.

### Zijn vechtscheidingen te voorkomen?

Een vechtscheiding komt niet uit de lucht vallen: dat proces is al veel eerder in de relatie in gang gezet, zoals onder andere blijkt uit het verhaal van onze cliënte in de intro. Veel winst zou zijn te behalen door met relatietherapie al tijdens de relatie conflicten leren te hanteren. Dit kan de maatschappij echter niet verplichtstellen.

Bij elke scheidingsaanvraag met minderjarige kinderen zou door aanpassing van de wet wel een verplichte beoordeling kunnen plaatsvinden om te kijken of ouders wel of geen hulp nodig hebben bij de scheiding. Het verplichte ouderschapsplan alleen blijkt niet de gehoopte oplossing te zijn, laat onderzoek van Inge van der Valk & Ed Spruijt| Evaluatie Ouderschapsplan WOD, 2013 immers zien.


### De situatie in Engeland en Noorwegen

Ook in andere landen zijn ervaringen opgedaan waar we in Nederland van kunnen leren. Een tweetal voorbeelden uit het adviesrapport van de Kinderombudsman "vechtende ouders, het kind in de knel" laat zien dat (verplichte) mediation in meer of mindere mate een gangbaar instrument is.

In Engeland is het sinds 2011 verplicht om mediation te hebben geprobeerd als men wil scheiden. Vanaf 1 april 2014 moet men zelfs vooraf een 'mediationin-formation and assessment meeting' volgen, waarmee bepaald wordt of mediation werkbaar kan zijn. In principe kunnen dan alleen nog scheidingszaken waarin huiselijk geweld of kindbescherming een rol spelen nog direct aan de rechter voorgelegd. Er zijn aanwijzingen dat door verplichte mediation zowel de gemiddelde duur als de kosten van scheidingen sterk zijn gedaald. Per 1 april 2014 kunnen scheidende stellen bovendien geen beroep meer doen op rechtsbijstand voor procedures. De verwachting is dat de populariteit van mediation daardoor verder zal toenemen.

Scheidende ouders in Noorwegen zijn verplicht (maximaal) drie mediationssessies van vier uur te hebben, voordat ze bij de rechter komen. Die sessies worden vergoed. Interessant is daarbij dat in Noorwegen niet wordt gesproken van scheidings-mediation of familiemediation, maar nadrukkelijk van oudermediation, om nadruk te leggen op de verantwoordelijkheid van de ouders, inclusief ongetrouwde ouders.

In Nederland zijn wij nog niet zo ver dat wij scheidende stellen met minderjarige kinderen tot mediation willen verplichten. Het rapport, [Scheiden zonder Schade](#) van Rouvoet is een goed begin, maar het is de vraag of zonder verplichting de ouders waar het om draait worden bereikt. ●



Hetty van der Hek en Annette Teunissen zijn oprichters van [Van-Elkaar](#) en ontwikkelaars van de online tools 'De Relatiescan' en 'Grip op Scheiden'. In samenwerking met AMV-Opleidingen geven zij workshops [Grip op Scheiden](#).



## Robert Broeils: De medicijnjongen - mijn moeder had Münchhausen-by-proxy

Münchhausen-by-proxy is in 1976 geïntroduceerd als naam voor het verschijnsel waarbij ouders, meestal de moeder, ziekteverschijnselen verzinnen of overdrijven bij hun kind en daarmee vervolgens aankloppen bij de dokter. Het is moeilijk voorstelbaar en ook lastig te diagnosticeren.

'De medicijnjongen' van Robert Broeils (1968) is het relaas van een slachtoffer. Broeils beschrijft puntig in een wat onbeholpen stijl en soms van de hak op de tak, zijn opgroeien als ziekelijk kind dat meer artsen, spreekkamers, ziekenhuizen en behandelafels ziet dan goed voor hem is. Diverse onbegrepen klachten die moeder aan haar zoon koppelt, passeren de revue, diverse medische ingrepen vinden plaats, veel dokters besluiten na aandringen van moeder tot nog maar weer een onderzoek of kijkoperatie. Medicijnen worden ruimschoots verstrekt en zelfverzonnen diëten zijn aan de orde van de dag. Ondertussen snapt de kleine Broeils er zelf helemaal niks van. Hij heeft wel eens last van zijn maag, hij eet op aandringen van moeder met enige regelmaat bouillon blokjes, er wordt hem veel lekker eten ontzegd. Hij heeft ook wel eens hoofdpijn in een thuissituatie waarin een agressieve stiefvader hem regelmatig onheus bejegent. Ondertussen boezemt de medicijnwereld hem in toenemende mate angst in door de soms ingrijpende onderzoeken en bijbehorende handelingen. Tegelijkertijd ervaart hij regelmatig

dat hij eigenlijk veel meer aan kan dan er volgens zijn ouders mogelijk zou moeten zijn.

*"Hij kon uren in de hut blijven en hij vond het erg moeilijk om weer naar huis te gaan, waar de medicijnen op hem stonden te wachten. Thuiskomen was gewoon niet leuk. Het park met de omliggende weilanden wel. Daar voelde hij zich vrij en had hij de controle. Niemand die hem daar vertelde wat hij moet doen of laten. Niemand die hem medicijnen opdrong. Niemand die bruut naar hem brulde. En niemand die hem zomaar kon meenemen naar een ziekenhuis. Dan moesten ze hem eerst maar eens zien te vinden!"*

Rond zijn twaalfde wekt moeder bij de hulpverleners de indruk dat Robert levensmoe is en naar Jezus zegt te willen. Robert zelf weet van de prins geen kwaad. Direct gevolg is dat hij bij een kinderpsycholoog beland die hem ook zonder moeder erbij wil spreken. Hij krijgt daar de ruimte om dingen wel of niet te zeggen en dat ervaart hij als een bevrijding. Het leidt er uiteindelijk toe dat hij zelf de strijd aangaat met zijn moeder en in een consult bij alweer een dokter weigert door te gaan met het gebruiken van medicijnen en diëten. Uiteindelijk verlaat hij op zijn zeventiende het huis en gaat zelfstandig wonen, eerst nog bij een zuster, later op zichzelf. Gaandeweg is er ruimte om terug te kijken. Dat levert een depressie maar

Maandelijks bespreekt Johan Atsma een recent uitgegeven boek, dat betrekking heeft op de GGZ.

Johan Atsma is docent/coach MBO verpleegkunde.

ook inzicht op. Het schrijven van dit boek is daar een direct gevolg van. In het nawoord geeft Broeils een opsomming van de vele gevolgen die hij ondervindt van zijn merkwaardige jeugd, is er een algemene toelichting op het Münchhausen-by-proxy-syndroom door een kinderpsychiater en een prachtige epiloog van Broeils zelf over taal en werkelijkheid.

*"Ik ben nooit echt ziek geweest! Moeder had een bepaald soort steun en vooral aandacht nodig die ze onvoldoende vanuit haar directe omgeving kreeg. Daarom moest haar eigen zoon maar ziek zijn of worden gemaakt, zodat ze die aandacht alsnog kreeg van de specifieke groep mensen waar ze zoveel respect voor had (medici). Ze gebruikte woorden die iets moesten aangeven wat er in werkelijkheid helemaal niet was en waarin ze andere mensen kon laten geloven. Het werd een 'subjectieve werkelijkheid' die voor mij de 'werkelijke werkelijkheid' was.*

*Als woorden je pijn hebben gedaan, je geestelijk en lichamelijk hebben beschadigd, omdat ze gebruikt zijn als leugens, raak je het vertrouwen in woorden kwijt. Je gaat de werkelijkheid beter zien. Je ziet datgene wat niet door mensen veranderd kan worden. Het is geen kwestie van 'geloven' maar van je neerleggen bij wat er is en overblijft na het wegnemen van woorden. Er zit dus veel verscholen in en achter woorden en taal. Het is maar zelden de werkelijkheid!"*



Opnieuw een bijzonder boek van uitgeverij Tobi Vroegh, die zoveel ruimte geeft aan ervaringsdeskundigen om hun eigen, hoogst persoonlijke relaas te doen. Kijk je door de in dit geval wat onbeholpen vorm heen dat tref je een onvoorstelbare, tot nadenken stemmende werkelijkheid aan.

**Robert Broeils, De medicijnjongen - mijn moeder had Münchhausen-by-proxy.**

**Uitgeverij Tobi Vroegh, 159 pagina's; € 15,-, ISBN 978 90 78761 64 8**



# De Jeugdwet bestaat drie jaar. En nu?

Door: Willem Gotink



*Drie jaar Jeugdwet: “Iedereen vindt dat het beter moet, alleen lukt het ons niet om dat voor elkaar te krijgen. Het kost natuurlijk ook tijd, zo’n mega-verandering, maar eerlijk gezegd gaat het allemaal een stuk moeizamer dan we hoopten.”*

Dat is, vrij vertaald, wat de Ministers de Jonge (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) en Dekker (Rechtsbescherming) zeggen in het begeleidend schrijven als zij de evaluatie van de Jeugdwet aan de Tweede Kamer sturen. Hun letterlijke tekst: *“De onderzoekers constateren dat de transformatiedoelen van de Jeugdwet breed worden gedragen, door zowel gemeenten als aanbieders. Ze constateren ook dat de gewenste transformatie ‘grotendeels nog vorm moet krijgen’ en dat een dergelijk grote verandering, zoals met de Jeugdwet in gang is gezet, nu eenmaal tijd kost. De bijgevoegde evaluatie van de Jeugdwet bevestigt (...) dat weliswaar op veel plaatsen in het land gemeenten en aanbieders veelbelovende initiatieven zijn gestart, maar dat de vernieuwing van de jeugdhulp (transformatie) over de volle breedte nog onvoldoende van de grond is gekomen.”*

De transformatie gaat dus niet heel erg voorspoedig.

De regering had het zichzelf ook niet gemakkelijk gemaakt. Tegelijkertijd met de transformatie werd een forse bezuiniging doorgevoerd. Gemeenten hadden nauwelijks kennis en ervaring, maar ze moesten wel met minder middelen hetzelfde beter gaan doen. Want, zo was de gedachte, al die versnippering in de jeugdzorg kost maar geld. Niet eens zo heel vreemd bedacht, de jeugdzorg wás behoorlijk versnipperd en kinderen met problemen hadden vaak met een klein legertje aan hulpverleners te maken. Maar als je dat wilt verbeteren, moet je wel verstand van zaken hebben. En dat hadden de gemeenten dus niet. Bovendien waren ze al erg druk met de participatiewet, de WMO, de wet passend onderwijs en nog zo wat zaken.

Los van de benodigde knowhow waren op 1 januari 2015 ook niet alle gemeenten even goed voorbereid. Sommigen stonden op scherp, anderen wachtten rustig af tot het zover was. Je weet nooit zeker of het allemaal doorgaat, tenslotte. Staatssecretaris van Rijn zag terecht geen reden om de invoering van de nieuwe wet uit te stellen: de betreffende gemeenten

zouden gewoon een jaar langer in de makkelijke stoel blijven zitten.

Daar kun je bij optellen dat de ggz, traditioneel toch al met de hakken in het zand als er veranderingen op til zijn, niet echt wilde meewerken. De weerstand werd nog eens gevoed door een opmerking van de voorzitter van de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) Annemarie Jorritsma, dat kinderen voortaan naar de voetbalclub zouden worden gestuurd in plaats van naar de psychiater. Als je vijf dagen per week in touw bent om anorexia-patiëntjes te behandelen, of suïcides bij jongeren te voorkomen, of ernstig autistische kinderen te helpen hun weg te vinden, dan word je van zo’n opmerking natuurlijk niet vrolijk. Laat staan dat je vertrouwen krijgt in het nieuwe stelsel.

## De essentie van de nieuwe Jeugdwet

De Jeugdwet vervangt de Wet op de Jeugdzorg, die tot 1 januari 2015 geldig was. Behalve de verschillende onderdelen van de jeugdzorg, vallen ook ggz voor jongeren en de zorg voor licht verstandelijk beperkte jeugd onder de wet. Die laatste twee vielen daarvoor onder respectievelijk de Zorgverzekeringswet en de AWBZ. Ook jeugdbescherming en jeugdreclassering maken onderdeel uit van de nieuwe Jeugdwet. De gedachte is dat de gemeenten vanaf 2015 verantwoordelijk is voor al deze gebieden. Hun taak, samengevat: versterken van het probleemoplossend vermogen van kinderen en jongeren, hun ouders en sociale omgeving; de opvoedcapaciteiten van de ouders en de sociale omgeving bevorderen; zorgen voor preventie en vroegsignalering; het tijdig bieden van de juiste hulp op maat en het realiseren van effectieve en efficiënte samenwerking rond gezinnen.

Het gaat dus over opvoedproblemen, psychiatrische problemen, dakloze jeugd, jeugdbescherming, gesloten jeugdzorg, ggz in het kader van het jeugdstrafrecht, reclassering, licht verstandelijke beperkingen, etcetera.





Best een complex geheel, wat je niet in een jaartje onder de knie hebt.

Eenvoudig zeggen dat een bepaalde vorm van zorg niet beschikbaar is, is er niet bij: gemeenten hebben een jeugdhulpplicht, in de Jeugdwet staat waarvoor de gemeente verantwoordelijk is. Als de nodige voorziening niet aanwezig is, dan moet de gemeente voor een oplossing zorgen. Dat kan een individuele voorziening zijn, die vaak betrekking zal hebben op meer gespecialiseerde zorg. Het is aan de gemeente om te bepalen welke hulp vrij toegankelijk is en welke hulp een individuele voorziening is. Als een gemeente eenmaal heeft besloten dat een kind of zijn ouders een individuele voorziening nodig hebben, dan moet de gemeente die voorziening ook leveren. "U heeft deze begeleiding inderdaad nodig, maar helaas, wij hebben dat niet beschikbaar", is geen optie. Het kind of de ouders kan die voorziening opeisen.

### De afgelopen drie jaar

Een uiterst complex en uitgebreid werkveld, bezuinigingen, andere zaken die om aandacht vragen, een tegenstribbelende ggz-sector, slecht voorbereide gemeenten. Dat zijn de ingrediënten van een gigantisch grote operatie, waarvan je van te voren weet dat er fouten gemaakt gaan worden. Zelfs als je er van uitgaat dat het eindpunt een verbetering is van het startpunt. Een paar kenmerkende momenten:

Al in het eerste jaar dat de Jeugdwet van kracht is, zijn er klachten over de privacy. Onder andere de [LVVP](#) en de [huisartsen](#) zien bij de gemeenten grote onbekendheid hoe om te gaan met de regels van het medisch beroepsgeheim en missen bij die gemeenten ook veilige methodes om gegevens uit te wisselen en op te slaan. Ook het College Bescherming Persoonsgegevens constateert [lacunes](#) in de wetgeving op het gebied van de privacy.

Een jaar later maken de gemeenten, jeugdhulpaanbieders, jeugdhulpprofessionals en medische professionals in een [manifest](#) afspraken om tot een betere privacybescherming te komen. Den Haag heeft in dat

kader dan al [aangekondigd](#) dat het niet meer verplicht is de diagnose op de factuur aan de gemeente te vermelden.

September 2016: veel aanbieders en gemeenten melden dat het budget voor jeugdzorg voor dat jaar al op is. Vooral [Almere](#) lijkt daarin problemen te ondervinden, maar ook andere gemeenten komen met soortgelijke geluiden. Van Rijn relateert de problemen in een [Kamerbrief](#): volgens de Staatssecretaris komen de media met veel voorbeelden waarbij het budgetplafond van een aanbieder is bereikt en niet het budgetplafond van de gemeente.

Mei 2017: Een jongere met psychische problemen krijgt van de gemeente niet de begeleiding die hij onder de oude wetgeving wél kreeg. Volgens de gemeente zou de moeder voldoende in staat zijn om de begeleiding te geven die nodig was. De gemeente baseert zich daarbij op een advies van het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG). Helaas voor de gemeente: de Centrale Raad [concludeert](#) dat het advies van het CJG ondeugdelijk is, niet berust op de vereiste exper-

tise en dat de gemeente daar dus niet op mag afgaan. De gemeente moet haar werk overdoen.

In de tweede helft van 2017 gaat het opnieuw om geld. Veel aanbieders klagen hun gemeente aan, omdat ze menen dat die gemeenten te weinig geld biedt voor de te leveren zorg. In [Tilburg](#), [Rotterdam](#), [Alkmaar](#), [Drenthe](#), en [Dordrecht](#) staan gemeente en jeugdzorgaanbieders in de rechtbank tegenover elkaar, in [Venlo](#) moeten twee wethouders aftreden, omdat er een tekort van twaalf miljoen in de begroting voor zorg is ontstaan, grotendeels veroorzaakt door de jeugdzorg. In [Groningen](#) is het jeugdbudget voor het hele jaar in september al op, evenals in het Zeeuwse [Accare](#), waar zelfs met een cliëntenstop wordt bedreigd. Volgens de [NOS en Binnenlands Bestuur](#) verwacht 87% van de gemeenten in 2018 (opnieuw) niet uit te komen met de beschikbare gelden voor jeugdzorg.

Tot slot zijn er in de hele periode berichten over zelfstandige werkende hulpverleners of kleine organisaties, die de [jeugdzorg verlaten](#) vanwege de bureau-





cratie. De klachten: er moeten afspraken gemaakt worden met soms wel tientallen gemeenten, die allemaal verschillende ICT-systemen voor het administratieve verkeer met behandelaars hebben. Ook de eisen waaraan een factuur moet voldoen, lopen uiteen en veranderen bovendien geregeld. Daarnaast moeten behandelaars elk jaar of twee jaar deelnemen aan tijdrovende aanbestedingen om uitzicht te houden op een contract met de gemeente. De administratie bijhouden kost twee tot drie keer zo veel tijd als vóór 2015.

Veel zelfstandige jeugdpsychologen en jeugdpsychiaters houden het voor gezien en behandelen alleen nog maar volwassenen, of laten mensen zelf de rekening betalen.

### 'Route naar passende jeugdhulp is lang, onduidelijk en onaangenaam'

En het resultaat voor de patiënten en hun ouders? 'De route naar passende jeugdhulp is lang, onduidelijk en onaangenaam', schrijft de [Monitor Transitie Jeugd](#) begin 2016.

Wijkteams draaien de verwijzing van de huisarts terug, hulpverleners werken onvoldoende samen, er zijn onvoldoende contracten met de plaatselijke ggz-instellingen, er wordt niet naar de zorgvraag van de ouder geluisterd en er wordt niet naar het advies van de huisarts en psychiater geluisterd, zo zijn enkele punten van kritiek.

Ook de [Kinderombudsman](#) vindt op dat moment dat de zaken nog tekortschieten: "De zorgen over de deskundigheid van de wijkteams zijn niet verdwenen en ook de toegang tot de hulp en de aanbodgerichte werkwijze blijven een knelpunt. Huisartsen zijn onvoldoende geïnformeerd over het hulpaanbod, wat doorverwijzen lastig maakt. Daarnaast lijken er als gevolg van de decentralisatie extra wachtlijsten te ontstaan".

Vier maanden geleden, in januari 2018, werd opnieuw een evaluatie van de Wet op de Jeugdzorg gepubliceerd. De conclusie van deze evaluatie is slechts een fractie hoopgevender: "Ouders zijn over het algemeen positiever over de ontvangen jeugdhulp dan over de weg er naartoe", staat in de samenvatting. Het is even zoeken tussen alle kritiekpunten, maar de onderzoekers melden ook vooruitgang.

"Er is één toegang gerealiseerd, één van de belangrijkste doelen van de wet", zo signaleren ze. Om er aan toe te voegen: "Maar niet waar het gaat om de integratie van de toegang tot provinciale jeugdzorg, jeugd-LVG en jeugd-GGZ." Dat laatste is er mede-oorzaak van, dat de "beoogde integrale aanpak van geïndiceerde jeugdzorg nauwelijks van de grond is gekomen."

In weerwil van de krantenberichten in de afgelopen jaren luidt de conclusie: "De invoering van de Wjz heeft ertoe bijgedragen dat jeugdigen, hun ouders en het gezin de zorg krijgen waar zij recht op hebben." Wat erna komt is echter minstens zo belangrijk: "Er dienen nog veel verbeteringen te worden doorgevoerd

wil men kunnen spreken van een optimale situatie." Een understatement, zo lijkt het.

### Is het een ramp geworden, of is er hoop?

Op 23 april hield de Tweede Kamer een rondetafelgesprek met een aantal deskundigen over de Jeugdwet en de gevolgen daarvan. (Het gesprek is nog te zien op [debatgemist.nl](#), verslag en positionpapers zijn te vinden op [tweedekamer.nl](#)). In het gesprek kwamen veel zaken naar voren die verbeterd moeten worden en soms lijkt de nieuwe wet een regelrechte ramp. Misschien is de opmerking van Stefan de Bruijn, lid Raad van Bestuur van Yes We Can Clinics, wel de meest relaterende: "Ik wil ook een positief punt maken. Er werd, toen wij aan de Jeugdwet begonnen, gevreesd voor veel ellende. Er zijn veel verbeterpunten, maar het is niet zo negatief geworden als we vreesden. Dat wil ik graag gezegd hebben."●



# Binnenkort heeft iedereen ADHD.

## Over reïficatie en bijgeloof.

Door: Sanne te Meerman



Mijn computer struikelt over het woord 'reïficatie'. Maar de meeste mensen en ook mijn computer weten wel wat personificatie is. Heksen waren vroeger bijvoorbeeld de 'personificatie' van het kwaad. Nogal abstract en vaag natuurlijk, 'het kwaad'. En het klinkt überhaupt gek en achterhaald dat we dachten dat er achter allerlei uiteenlopende problemen een heldere oorzaak zat: hekserij.

Het was vanzelfsprekend bijgeloof om in dat dorpje op het platteland iets als kinderziektes toe te schrijven aan dat ene zonderlinge vrouwtje in dat kleine huisje aan het eind van de straat. Zij liep hoestend door de buurt en later stierven er kinderen die ook vreselijk aan het hoesten waren. Zo werd die ouwe heks, als personificatie van het kwaad, de veroorzaker van het leed. In feite hadden zowel het vrouwtje als de kinderen last van hetzelfde virus, maar had 'de heks' mogelijk wél voldoende weerstand. Het lijkt nu zo bizar dat we echt oude vrouwtjes de schuld hebben gegeven van ziekte en ellende.

Maar de neiging om simpele oplossingen voor ingewikkelde problemen te zoeken is maar al te menselijk. Correlatie/causaliteit-verwarring is meer eigentijds en klinkt chique, maar berust op hetzelfde principe. Zoals ook bij hekserij gebeurde, worden er bij ADHD vaak ook (causale) verbanden gelegd tussen dingen die niet, of slechts gedeeltelijk iets met elkaar te maken hebben en wordt er allerlei maatschappelijke problematiek toegeschreven aan ADHD. Alleen is ADHD geen persoon, maar een ding, 'res' in het Latijn. Die 's' is weggefallen en zo werd het 'reïficatie' (zie ook: [Hoe het ADHD concept het onderwijs dreigt te verarmen](#)).

- 'Hypersapiens' - een populair voorlichtingsboek over ADHD - bespreekt bijvoorbeeld een Zweeds onderzoek waaruit blijkt dat gevangenen veel vaker dan gemiddeld concentratieproblemen en druk/dwars gedrag vertonen: ADHD dus. 'Als de ADHD en bijkomende problemen eerder waren vastgesteld en behandeld, had deze uitkomst wellicht voorkomen kunnen worden. Dit ernstige beloop staat in schril contrast met wat veel mensen over ADHD denken: een licht probleem dat geen behandeling nodig heeft', aldus de auteurs.

Helaas gaan we ook hier erg hard in de richting van bijgeloof. Concentratieproblemen en onrust zijn erg specifiek en mensen die in de gevangenis terecht komen hebben het in hun leven vaak slecht getroffen en komen vaker uit achterstandsmilieus, hebben



vaker traumatische ervaringen meegemaakt, misbruik, echtscheiding, enzovoorts. Hocus pocus: ADHD en alle misère is verklaard en had wellicht voorkomen kunnen worden. Ik wil niet beweren dat kinderen en volwassenen geen last hebben van onrust en concentratieproblemen. En het ADHD-concept kan dan nuttig zijn als startpunt van zorg. Maar de suggestie dat deze problemen op zichzelf het vastlopen in de maatschappij verklaren is wel erg oppervlakkig en er zal vaak meer aan de hand zijn.

Ook de relatie tussen misbruik en ADHD wordt in Hypersapiens eenzijdig uitgelegd als: kinderen zijn nieuwsgierig en zien het gevaar niet. Of ze zijn ongeremd naar volwassenen en dat verhoogt de kans op misbruik. Zo'n causale relatie kan in theorie bestaan, maar vaak zal het toch echt andersom zijn: mensen die dit soort narigheid meemaken hebben wel wat anders aan hun hoofd dan stilzitten en belangstellend luisteren op school en hebben meer kans om met justitie in aanraking te komen.

De borgpen van zulk simplisme is overigens vaak de veronderstelde hoge erfelijkheid van ADHD. Dan hoeft er immers minder naar de omgeving gekeken te worden. Die overschatting - want dat is het - berust vaak weer op een simplificatie van tweelingstudies. Die kunnen genen en omgeving slecht onderscheiden. Op moleculair niveau blijken genen namelijk nauwelijks iets te verklaren. Dit zogenoemde probleem van de missende erfelijkheid wordt vaak verzwegen in voorlichting over ADHD. Maar dit is een onderwerp op zich waar ik in een ander artikel graag op terug kom.

Simpel denken over correlatie gebeurt vaak in relatie tot ADHD. Het beste medicijn tegen het te breed toepassen van het concept, zoals de gezondheidsraad wil, is te waken voor zulk bijgeloof. We moeten ons blijven beseffen dat ADHD maar een naam is voor gedrag dat allerlei oorzaken kan hebben. Dat het soms samenhangt met ernstige dingen als delinquentie betekent niet dat we een belangrijke oorzaak van delinquentie hebben gevonden. Dergelijke correlatie-causaliteitsverwarring reïficeert ADHD. En zoals heksen als personificatie van het kwaad de aandacht afleiden van echte oorzaken, zo leidt de reïfictie van ADHD af van veel belangrijke oorzaken die allemaal meespelen bij ingewikkelde problemen zoals criminaliteit. ●

'...ADHD is  
maar een  
naam voor  
gedrag dat  
allerlei  
oorzaken  
kan hebben...'

Sanne te Meerman is promovendus aan de RUG en Coördinator 'Differentiëren zonder Discrimineren' (werktitel) in opdracht van ZonMW en ondergebracht bij de Hanzehogeschool Groningen. Binnen dit project wordt kritisch naar voorlichting over druk/wars gedrag gekeken.  
Voor meer info: [s.te.meerman@pl.hanze.nl](mailto:s.te.meerman@pl.hanze.nl) en [www.drukendwars.nl](http://www.drukendwars.nl)





# ‘Een belangrijke brugfunctie tussen de verschillende professionals’

## De poh-ggz-jeugd

Door: Jeannet Appelo

Alsof de naam poh-ggz voor buitenstaanders nog niet cryptisch genoeg was, is enkele jaren geleden ook de functie van poh-ggz-jeugd in het leven geroepen. Met wisselende benamingen: ook poh-jggz en poh-jeugd komen voor. Hoe dan ook: een Praktijkondersteuner bij de Huisarts voor de ggz, speciaal voor kinderen en jongeren. De functie kwam er niet voor niets: waar het de gemiddelde huisarts vaak aan tijd, kennis en kunde ontbreekt om psychiatrische klachten te behandelen, geldt dat voor jeugd-problematiek nog veel meer. Zeker sinds de veranderingen in de ggz de laatste jaren is het voor huisartsen bijna onmogelijk om alle ins en outs op het gebied van de sociale kaart, regelingen en behandel mogelijkheden bij te houden. De poh-ggz was al een tiental jaren in ontwikkeling, de jeugdversie daarvan is sinds de transitie, nu drie jaar geleden, ook in opkomst. De functie is nog in ontwikkeling, zo blijkt uit [Gronings onderzoek](#), maar (tussentijdse) evaluaties van pilots die de afgelopen jaren zijn gehouden in onder andere [Leeuwarden](#), [Purmerend](#) en [Gorinchem](#) zijn zondermeer positief.

Dat merkt ook de individuele poh-ggz-jeugd. “Het laagste cijfer dat een cliënt gaf voor de behandeling was een zeven”, zegt Mark Hansen. Opgeleid als medisch kinder- en jeugdpsycholoog werkte hij een aantal jaren in de specialistische ggz. Sinds 1 juli 2017 is hij werkzaam voor vier praktijken in het midden van Noord-Brabant: in drie daarvan als poh-ggz-jeugd en in één praktijk als ‘gewone’ poh-ggz. “Mensen zijn blij dat ze binnen twee weken aan de beurt zijn en als ik ze doorverwijs is dat meestal meteen naar de juiste plek, omdat ik de sociale kaart en de problematiek beter ken dan de huisarts.”

Ook Hansen zelf is tevreden: “Ik heb vrij bewust gekozen om uit de specialistische ggz de overstap te maken”, vertelt hij. “De 28 uur daar liepen vaak uit, doordat er een crisis was of administratie gedaan moest worden. De vaak heftige casussen en de tijdsdruk daar waren niet te combineren met mijn andere werkzaamheden.”

Aan de andere kant van Brabant, in de buurt van Oss, werkt kinder- en jeugdpsycholoog Lotte Kobus drie dagen per week voor twee huisartspraktijken. Ze doet dat sinds de transitie, drie jaar geleden. Ook zij constateert tevredenheid bij haar cliënten, vooral over de relatief korte wachttijd en het laagdrempelige karakter van de poh-ggz-jeugd.

De taakverdeling is helder: “We hebben hier in de huisartsenpraktijk een duidelijk onderscheid gemaakt: patiënten vanaf 21 jaar verwijst de huisarts door naar mijn collega die volwassenen behandelt. Cliënten onder de 21 jaar gaan naar mij. Al is de leeftijd tussen de 18 en de 21 wel eens een grijs gebied.”

Grote overeenkomsten tussen het werk van beiden, maar ook verschillen. Voor de kinderen en jongeren die Mark Hansen in de huisartsenpraktijk ziet, heeft hij een half uur per gesprek, zo is afgesproken. Als de inschatting is dat er meer tijd nodig is, verwijst hij door, ook als hij de ervaring en de kennis heeft om de behandeling zelf te doen. Dat vindt hij niet erg. “Het is een ander soort werk”.

Lotte Kobus lijkt meer vrijheid in haar werk te hebben. “Ik heb ongeveer acht gesprekken op een dag die variëren van 30 tot 60 minuten. De huisartsen laten het grotendeels aan mezelf om in te schatten wat er aan gesprekstijd nodig is. Als ik inschat dat een behandeling langer dan vijf á acht gesprekken gaat duren, verwijs ik door. Er zijn ook cliënten die ik een langere periode zie, maar dat zijn wel uitzonderingen en gebeurt in overleg met de huisartsen.

### Is het werk van een poh-ggz-jeugd wezenlijk anders dan de poh-ggz voor volwassenen?

Lotte Kobus: “Het heeft natuurlijk veel van elkaar weg, maar er zijn ook grote verschillen. Ik gebruik vaak andere methodieken, ik doe veel met spel materiaal en gebruik leuke werkboeken. Ik praat en teken met kinderen, en ouders bied ik ondersteuning en coaching. Ook het diagnosertraject is anders, met andere psychiatrische klachten”. Ze somt op: “Veel ontwikkelingsproblematiek, zoals ADHD en Autisme; veel vragen rond opvoeding en gedrag; slaapproblemen, angst- en stemmingsklachten, rouwverwerking, onverklaarde lichamelijke klachten, enzovoorts.

Bij hele jonge kinderen richt ik me vooral op de ouders. Iemand van twintig spreek je vaak alleen. Hoe ouder het kind is, hoe vaker ik individueel aan de slag ga.”

Hansen werkt ook als 'gewoon' poh-ggz en kan beide functies dan ook goed vergelijken. "Het is bij de jeugd vaak complexer. Bij volwassenen heb je meestal alleen te maken met de cliënt in kwestie, soms met de echtgenoot of de ouders. Bij de jeugd zijn de ouders er altijd bij betrokken, maar ook vaak de school, of er moet samengewerkt worden met de jeugdarts. Ik heb dan ook regelmatig gezamenlijk overleg met de school, de ouders en de jongere zelf, om te kijken hoe het verder kan."

Ook Kobus heeft veel contact met de scholen. "Dat zijn korte lijntjes. In mijn regio zijn maar twee lagere scholen, dus je kent elkaar. Ook geef ik op die scholen vanuit de huisartsenpraktijk Sociale Vaardigheidstrainingen en faalangstreductietrainingen, samen met de intern begeleider. Daardoor ken je elkaar en de kinderen ook beter. Het is een apart project vanuit de huisartsenpraktijk. Kinderen die meedoen staan ingeschreven bij onze huisartsenpraktijk, of we organiseren financiering via school."

Bijzondere bijkomstigheid is dat Kobus in hetzelfde dorp woont waar ze werkt. Ook haar eigen kinderen gaan hier school. Ze komt haar patiëntjes dus wel tegen op het schoolplein. "Dat leek me in eerste instantie misschien niet zo handig, maar het viel ontzettend mee. Ik houd wat afstand en ouders doen dat vanzelf ook. Het scheelt dat het een grote school is, je komt elkaar niet per se tegen." Voor de kinderen maakt het de drempel om naar haar spreekuur te komen wel weer lager. "Ze zien een bekend gezicht, ze zien me ook als een soort juf."

#### **Knelpunten en wachtlijsten**

De pilot waar Hansen deel van uitmaakt, is onderdeel van een regionaal beleidskader rond de jeugdhulp, waar gemeenten sinds drie jaar verantwoordelijk voor zijn. De uitkomst van dat plan, 'Samen voor de Jeugd', moet leiden tot minder overbehandeling, minder wachtlijsten, hulp die beter aansluit bij de problematiek en een kostenbesparing door het beter inzetten van de zorgbudgetten. De poh-ggz-jeugd vervult daarbinnen een belangrijke brugfunctie tussen de verschillende 0-de, 1-ste en 2-de lijns-professionals en de toegang daartoe, aldus de informatiebrief. De poh-ggz-jeugd is binnen dat beleidskader geïnitieerd door de gemeente Tilburg, Zorgverzekeraar CZ en PRO-RCH. De laatste is een regionale netwerkorganisatie voor ggz-problematiek waar ook PRO Praktijksteun, de werkgever van Mark Hansen, deel van uitmaakt.



**"...ze zien me ook als een soort juf."**

De rapportage over de pilot wordt de komende maand verwacht, maar ook in deze regio lijkt de evaluatie gunstig uit te vallen. Maar er zijn ook knelpunten. Hansen: "Het is nog wel eens een probleem als we een indicatie van de gemeente nodig hebben. Voor reguliere zorg (in de basis-ggz of de specialistische ggz) is een verwijfsbrief van de huisarts voldoende. "Bij andere vormen van therapie of begeleiding, zoals begeleiding aan huis, moet de gemeente een indicatie afgeven. Het duurt gemiddeld zes tot acht weken voor die beschikking er is en dan moet je nog aan de wachtlijst beginnen. Het is erg afhankelijk of je de juiste persoon treft. Sommige vormen van zorg worden ook gewoonweg niet vergoed en dat is wel eens jammer."

Lotte Kobus herkent dat probleem: "De basis-ggz wordt erg beperkt door de gemeenten, waardoor er lange wachtlijsten ontstaan. Over de structuur van basisteams (jeugdteams) ben ik wel enthousiast, maar vooral de bijbehorende bezuinigingen geven problemen. Het gevolg is dat veel problematiek die te zwaar is om in de huisartsenpraktijk te behandelen, hier blijft 'hangen' omdat je de wachtlijsttijd wil overbruggen. Voor ouders vaak wel ontzorgend, maar het is niet zoals het hoort."

Over de transitie jeugd, nu drie jaar geleden, zegt ze: "Het is allemaal met horten en stoten gegaan. De jeugdteams moesten hun weg nog vinden, er was een lange overgangperiode. Vooral de eerste twee jaar waren ze weinig toegankelijk. Dat gaat steeds beter, ze tonen initiatief en proberen de huisartsenpraktijken hierbij te betrekken. Ook voor overleg en advies zijn ze goed bereikbaar en dat is prettig. De terugkoppeling aan de huisartsen over de geleverde zorg gaat nog wel eens mis, waardoor we soms niet goed weten wat er aan hulp binnen een gezin is georganiseerd. Maar er is ons beloofd dat hier aan gewerkt gaat worden, dus daar hebben we vertrouwen in. De gemeente Oss investeert overigens wel in de informatievoorziening voor de huisartsen en organiseert bijeenkomsten over de jeugdzorg in onze regio." ●

#### **Eerdere artikelen over de poh-ggz:**

[Grens tussen poh-ggz en overige ggz nog niet altijd duidelijk](#)

Monitor KPMG wijst op belang van goede samenwerking

["Het leuke is dat je met relatief weinig middelen veel kan betekenen"](#)

Een verschillend werkgebied en een verschillende opleiding: driemaal de poh-ggz



# ExpEx helpt door over ervaringen te praten

Door: Koosje de Beer



*De opvoedpoli, gevestigd in Haarlem, doet mee met het landelijke ExpEx-project. ExpEx zijn jongeren die zelf ervaring hebben in de jeugdhulp. Zij adviseren instellingen en overheden, zetten zich in als buddy voor jongeren die nu hulp nodig hebben en geven voorlichting op bijvoorbeeld scholen. ExpEx Dylan en Mourad hebben de training om dit te kunnen doen gevolgd. De bijeenkomsten hebben hen veel gebracht, vinden ze allebei. "Het belangrijkste is dat we hebben geleerd onze ervaringen om te buigen tot iets positiefs."*

Mourad laat met gepaste trots het certificaat zien dat hij vorige week na de laatste trainingsbijeenkomst heeft gekregen. "We hebben de training met een groep van negen jongeren gevolgd", vertelt hij. "In twaalf lessen hebben we onze ervaringen met elkaar gedeeld en geleerd hoe we ons verhaal goed kunnen vertellen aan anderen." Mourad en Dylan hebben zelf nooit een maatje gehad. Een gemiste kans, vinden ze achteraf. "Als je jong bent en je zit in een 'creepy' situatie luister je niet naar een volwassene", stelt Dylan

beslist. "Ik tenminste niet. Waarschijnlijk had het echt geholpen als een jongere met begrip voor mijn situatie op mij had ingesproken."

Uiteindelijk is deze ExpEx zelf tot het inzicht gekomen dat hij een andere weg in moest slaan. "Ik was 15 jaar, had het thuis niet fijn en blowde te veel. Daardoor raakte ik in een Cannabispsychose", legt hij uit. "Ik nam van geen enkele hulpverlener iets aan. Dan gaat het erom een ingang te vinden bij iemand. De mensen in de jeugdhulp vond ik hopeloze geitenwollensokkentypes. Als er op dat moment een toffe gast was geweest die mij had gezegd de hulpverlening een kans te geven, had ik dat misschien wel gedaan. Dan was ik jaren eerder uit mijn problemen geraakt, dat weet ik zeker."

## Intervisie

Richelle van der Weide van de opvoedpoli - Care Express coördineert het ExpEx-project voor de regio IJmond, Zuid-Kennemerland en Haarlemmermeer. Vorig jaar is de eerste training geweest met acht jongeren, Mourad en Dylan waren deelnemers in de tweede groep. In september staat een derde training op de rol. Een keer per zes weken zijn er in de opvoedpoli intervisiebijeenkomsten voor de getrainde ExpEx. Zij herkent de ervaring van Dylan uit haar eigen praktijk. "Het ging om een jongen die in een crisissituatie was opgenomen. De bedoeling was dat hij korte tijd op zijn opvanglocatie zou blijven, maar hij wilde daar niet meer weg. Zijn deur bleef dicht en het lukte mijn collega niet om binnen te komen. Een jongere zag het gebeuren en vroeg of hij het eens mocht proberen. Hij ging het gesprek aan en binnen vijf minuten was de deur open. Als jongeren onder elkaar is het toch minder bedreigend."

Het is ook aan een jonge Haarlemmer te danken dat de opvoedpoli bij het ExpEx-project betrokken

is geraakt. Richelle: "Deze jongen klopte zelf bij ons aan met de vraag of en hoe hij anderen zou kunnen helpen. Onze directeur heeft dit opgepakt en na even googelen kwamen we erachter dat dit project bestond. We vragen ook de mensen van het landelijke ExpEx-project om de trainingen te geven aan de jongeren."

## Valkuilen

Mourad is via jongerenwerk Streetcorner bij de ExpEx terechtgekomen en is enthousiast over de training. Hij haalt zijn cursusmap tevoorschijn en laat een les over kernkwadranten zien. "Ik heb hier veel aan gehad. Iedereen heeft zijn kwaliteiten en ziet uitdagingen, maar aan de andere kant is het ook belangrijk om niet in je valkuilen te vallen. Dat laatste deed ik vaak." Door ervaringen met de andere jongeren uit te wisselen heeft hij geleerd zijn eigen verhaal beter voor het voetlicht te brengen. "Ik vond het eerst lastig om mijn gevoelens en ervaringen met anderen te delen, nu kan ik dat beter."

Mourad heeft het eindexamen van zijn opleiding



# ExpEx helpt door over ervaringen te praten

grafisch ontwerper gehaald, maar dat ging niet zonder slag of stoot. "Mijn gezondheid is slecht, ik heb diabetes en daarnaast bouw ik meer spanningen op dan goed voor mij is. De eerste keer dat ik eindexamen moest doen, was het zo erg dat ik flauwviel. Nu zou ik dit voor het examen bespreken met de school. Dat is iets dat ik heb geleerd tijdens de training. Het lijkt me geweldig om jongeren te helpen."

## Voorlichting

De winst die het project voor de opvoedpoli oplevert, is dat de Haarlemse jeugdhulpverleners kunnen terugvallen op meer jongeren om hen te ondersteunen, zegt Richelle. "Het is zeker niet de bedoeling dat de ExpEx de hulpverlening overnemen en dat willen ze ook niet. Het is wel fijn als zij een ingang kunnen creëren bij jongeren die hulp nodig hebben. Daarnaast vertellen de ExpEx hun verhaal op scholen en andere verenigingen en instellingen en geven zij advies aan hulpverleners die bij een jongere ergens op vastlopen. ExpEx die dat willen, kunnen ook maatje worden in de jeugdhulp, maar in Haarlem loopt het project relatief nog kort en hebben we nog geen koppels gemaakt." In de ggz en de maatschappelijke opvang wordt al langer gebruikgemaakt van ervaringsdeskundigen. In de jeugdhulp is hier lang mee gewacht. Volgens Richelle omdat niet alle hulpverleners hiervoor openstaan. "Er is natuurlijk altijd wantrouwen: 'Kunnen jongeren dit wel?' en daarnaast de angst voor het onbekende." Dylan knikt instemmend. "Het gaat

bovendien om een kwetsbare doelgroep", vult hij aan. "Ik heb mijn leven opgepakt, volg een opleiding op mbo-4-niveau en heb een duidelijk toekomstbeeld. Dat was drie jaar geleden compleet anders. Ik kan me voorstellen dat hulpverleners het ingewikkeld vinden, maar zoals ik al eerder heb gezegd: een maatje had mij eerder van het verkeerde pad kunnen afhelpen. Je moet jongeren die positieve kans gunnen."

## Afstand

Volgens Dylan, Mourad en Richelle is het wel belangrijk dat de ExpEx een zekere afstand hebben tot hun eigen problematiek. "Bij de intakegesprekken die we houden met jongeren is afstand tot de eigen problematiek een van de eerste dingen waarnaar we kijken", zegt Richelle. Logisch vindt Mourad. "Ik heb zelf lang gewacht met het delen van mijn problemen. Dat moet je natuurlijk wel kunnen als voorlichter of als maatje. Dankzij de training kan ik nu vanuit een sterkere positie verder werken doordat ik beter luister naar mensen, maar ook omdat ik mijn eigen grenzen beter aangeef." Ook Dylan weet zeker dat hij deze rol drie jaar geleden niet op zich had kunnen nemen, maar nu kan hij haast niet wachten op een maatje te begeleiden, zo geeft hij lachend toe. ●

# Emotieverkoper (kermis)

## Part I

in het eerste huis  
waar trappen bewogen  
liep ze ver vooruit

in het tweede huis  
waar enge poppen zich bogen  
lachte angst haar uit

in het derde huis  
waar niets werd gelogen  
het enkel donker was  
hield zij mij vast

en ontdekte verrast  
hoe saai ze dat vond

## Part II

ze wil wel in de rups  
die enge rondjes draait  
ik moet erbij

als ze na de tweede keer  
haar armen lachend zwaait  
naar mij

is ze eindelijk vrij  
-in haar huis-

(c) Gisele Vranckx



GGZtotaal  

