

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

‘Het leven wordt gezien als een ziekte’

door Jan Prij en Sjoerd Wielenga Prij is redactiesecretaris van *Christen Democratische Verkenningen*. Wielenga is zelfstandig journalist.

De jeugdzorg – en dan met name de jeugdpsychiatrie – moet en kan anders worden ingericht, betogen de Amsterdamse psychiaters Damiaan Denys en Miranda Fredriks. Want er moet een einde komen aan lange wachttijden, administratieve rompslomp, een versnipperd zorglandschap en vervangen door: het grote aantal hulpverleners voor kinderen, met discontinuïteit van behandeling tot gevolg. Want niet de zorgsector, maar het kind moet centraal staan.

Een kind van 18 dat 45 hulpverleners heeft gehad. Het klinkt bizar, maar is soms helaas wel de werkelijkheid, zeggen Damiaan Denys en Miranda Fredriks. Ze zijn beiden werkzaam bij Amsterdam UMC: Fredriks als kinder- en jeugdpsychiater, gespecialiseerd in eetstoornissen en andere aandoeningen op het grensvlak van somatiek en psychiatrie, en Denys als hoofd van de afdeling psychiatrie. Denys is bovendien filosoof en hoogleraar aan de Universiteit van Amsterdam. Onlangs verscheen zijn boek *Het tekort van het teveel. De paradox van de mentale zorg*, waarin hij de samenleving en het zorglandschap fileert.¹ ‘De jeugdzorg is een schoolvoorbeeld van hoe het politieke beleid van de afgelopen vijftien jaar tot een slechtere zorg heeft geleid’, trapt Denys het gesprek af met een verwijzing naar de Zorgverzekeringswet uit 2006 en de bijpassende decentralisatie van

de jeugdzorg, voltooid in 2015. ‘De effecten zijn lange wachttijden, gebrek aan transparantie en administratieve overlast. Ik hoor steeds vaker van geschoold personeel dat een andere baan zoekt: “Ik dóé het niet meer; het vak is te onaangenaam geworden.”’

Hoe komt dat?

Denys: ‘Het grote fundamentele probleem is de versnippering. Er bestaat bij het opgroeien van een kind geen natuurlijke breuk tussen kind-zijn en volwassen-zijn. We hebben dat artificieel geknipt, en aan die artificiële grens hebben we artificiële beroepen met artificiële opleidingen gekoppeld. Toen ik studeerde had je het vak psychologie; nu heb je het vak kinder- en jeugdpsychologie. De zorg wordt dus kunstmatig opgeknipt in deelgebieden, maar een tiener met een eetstoornis of schizofrenie bekommert zich niet om



Damiaan Denys (l) en Miranda Fredriks (r)

de vraag wélke hulpverlener hem helpt. Als hij maar geholpen wordt! De zorgsector heeft een focus op de aanbodkant: op de professionals, de instituten, de gemeenten en de verzekeraars. We keken niet naar het kind, maar naar de randvoorwaarden.'

De zorg wordt kunstmatig opgeknipt in deelgebieden

Wat moet er veranderen?

Denys: 'We moeten denken vanuit het kind zelf. Als een kind een goede diagnose krijgt, voorkomt dat dat het onterecht in de jeugdzorg terechtkomt. Want dat is nogal wat: aan de jeugdzorg kleeft toch een stigma. Je wilt kinderen zo lang mogelijk binnen de normaliteit helpen en zo lang mogelijk de abnormaliteit uitstellen. Dat is onze plicht. Bovendien, als we de versnippering in de zorg opheffen, verdwijnt de administratiedruk. Het is belachelijk dat ongeveer een kwart van de tijd van professionals in de jeugdzorg naar

Interview in het kort:

- * Al het menselijk lijden is op een grote psychiatrische hoop gegooid
- * Door het grote aantal hulpverleners per geval gaat er vaak diagnostische kennis verloren
- * Decentralisatie van zorg heeft tot versnippering en een overdadig zorgaanbod geleid
- * Het is belachelijk dat een kwart van de tijd in de jeugdzorg naar administratie gaat
- * Laat de scheiding tussen jeugdzorg en volwassenenzorg los
- * Gedegen triage en diagnostiek zijn cruciaal
- * Het is belangrijk dat artsen een sociale kaart krijgen zodat ze weten waar ze kinderen naar kunnen doorverwijzen
- * Ernstig zieke kinderen moeten in door de overheid bekostigde specialistische landelijke centra worden behandeld

Jeugd in de knel

administratie gaat. Die tijd moet naar het kind gaan, en niet naar de organisatie van de zorg.'

Maar achter de decentralisaties schuilde juist de gedachte dat er integraal vanuit het kind gedacht kan worden, minder versnipperd en dicht bij de leefwereld van mensen. Is het wel fair om de decentralisatie de schuld te geven van de huidige versnippering?

Denys: 'Toen de decentralisatiebeweging met de Wet op de jeugdzorg in 2006 werd ingezet, was de slogan al: "We willen de zorg dicht bij de patiënt brengen." Maar het belang van de professional is onderschat tijdens deze veranderingen. Goede psychiatrische hulpverlening aan kinderen met uitzonderlijke diagnoses is een vak met maar een paar experts in Nederland, onder wie Miranda. Deze mensen hebben unieke kennis en opereren niet lokaal, maar landelijk. Vanaf 2006 tot aan de definitieve overheveling van de kinder- en jeugdpsychiatrie naar de jeugdzorg in gemeenten in 2015, had men niet door dat sommige kennis zo uniek is dat je daarvoor expertisecentra nodig hebt, die per definitie dorp en stad overstijgen. Maar de kinderen met complexe diagnoses staan nu lang op de wachtlijst van de psychiater, omdat er te weinig gespecialiseerde psychiaters centraal worden ingezet.'

Fredriks: 'Bovendien zijn de hulpverleners en ouders het overzicht in de zorg kwijt. Van alles wordt onder de noemer "jeugdhulp" geschaard, daardoor zien zowel ouders als hulpverleners door de bomen het bos niet meer. Ik pleit voor gedegen selectie en triage aan de toegang, met goede diagnostiek en facilitering van multidisciplinaire samenwerking tussen professionals bij complexe problematiek. Met als doel om geen kennis verloren te laten gaan op het moment dat de jongere 18 jaar wordt en niet meer voor jeugdzorg in aanmerking komt. De continuïteit van behandeling en zorg moet gegarandeerd zijn.'

Jongeren in de jeugdzorg kunnen nu verzuchten: 'Ik heb al twintig mensen gezien, en nu moet ik me aan weer iemand anders toevertrouwen.'

Fredriks: 'Het is inderdaad treurig dat het nodig is, vooral omdat al die behandelaren leiden tot discontinuïteit in de behandeling en tot verlies van vertrouwen in de zorg. Er is grote behoefte aan een behandelcoördinator of casemanager, en dan niet alleen voor het kind, maar voor het hele gezin. Waar het om gaat is dat er één persoon moet komen die in het versnipperde landschap het gezin blijft volgen. Door al die verschillende hulpverleners gaat er vaak diagnostische kennis verloren. Dat is schadelijk. Voor het kind is het van groot belang dat de hulpverlening niet wordt gestopt vanwege leeftijd. Je problemen zijn dan niet ineens anders.'

Weerbarstig

Als het aan Fredriks ligt, is de behandel-

coördinator afkomstig van de organisatie die hoofdbehandelaar is.

Denys is niet overtuigd.

'Maar Miranda, dan heeft het gezin er weer iemand bij! Zo iemand zou niet

nodig moeten zijn. Het gezin moet gewoon geen achttien hulpverleners zien.'

Fredriks: 'Waarom zien ze achttien mensen? Omdat het kind autisme én een eetstoornis heeft en ook nog trauma's heeft doorgemaakt bijvoorbeeld. En bovendien hebben de ouders psychische problemen. En wisselen hulpverleners van baan, zijn ze ziek enzovoort. Dan kom je aan zoveel hulpverleners. Juist in zulke complexe situaties moet er een persoon zijn die de coördinatie heeft, zodat er zorg op maat komt voor wat dat kind nodig heeft, onafhankelijk van de organisatie van die zorg.'

Denys: 'Je kunt de zorg toch ook anders inrichten? Je kunt voorspellen hoeveel procent van alle kinderen in aanmerking komt voor complexe psychiatrische zorg. Vervolgens bepaal je hoeveel professionals er per regio nodig zijn om deze kinderen direct te kunnen behandelen. Dan heb je die andere zeventien mensen dus niet

Er is amper een rem op de toegang tot de zorg

nodig. En dus ook geen casemanager die ze alle achttien moet spreken. Het probleem is nu dat er amper een rem is op de toegang tot de zorg.’

Fredriks: ‘Dat zou het perfecte plaatje zijn, inderdaad.’

Miranda Fredriks, u pleit voor één persoon als aanspreekpunt voor het gezin. Maar exact dat was de gedachte achter de decentralisatie van 2015 van jeugdzorg, werk en inkomen van provincies naar de gemeenten. Kennelijk is dat onvoldoende gelukt. Waarom blijft u toch in deze aanpak geloven?

Fredriks: ‘Ik bedoel niet alleen een aanspreekpunt; het gaat om meer dan dat. De huidige situatie maakt dat professionals in staat moeten worden gesteld om eenvoudig multidisciplinair samen te werken rondom de patiënt, ook met professionals buiten de eigen organisatie. Er moet vanuit de hoofdbehandelende organisatie een behandelcoördinator komen die inhoudelijk snapt wat er nodig is, maar ook boven de inhoud van de problematiek staat. Iemand die de behandellijn aanhoudt, multidisciplinaire overleggen organiseert met de verschillende betrokken hulpverleners over de organisatiegrenzen heen, en de gemeente en de ouders hierbij betreft, zodat professionals kunnen doen waar ze goed in zijn.’

Wat staat de uitvoering in de weg van Denys’ plan om per regio de aantallen patiënten te voorspellen?

Denys: ‘In de jaren zeventig was de zorg zo georganiseerd. Maar het leven zag er toen iets eenvoudiger uit: een kind ging naar school, had ouders en grootouders. Dat was z’n systeem. De huidige samenleving is anders: meeroudergezinnen, een gedeelde opvoeding, een grote impact van sociale media. Het systeem is veel ongrijpbaarder geworden.’

Bovendien wordt tegenwoordig al het menselijk lijden op een grote psychiatrische hoop

gegooid, signaleren Denys en Fredriks. Niet alle vormen van psychisch lijden zijn immers ook psychiatrische aandoeningen. ‘Het vraagt een diagnostische vaardigheid om daarin onderscheid te maken’, zegt Denys. ‘Die expertise is er wel, maar wordt niet altijd gebruikt. Vergeet niet: in de *mental health business* gaat veel geld om. Sommige hulpverleners hebben er baat bij om niet-psychiatrisch lijden wel als zodanig te diagnosticeren. Dat gaat ten koste van de patiënten die het echt nodig hebben. Zodoende komt er dus te weinig grote problematiek bij de expert terecht. En de experts krijgen te weinig de mogelijkheid om de problematiek waarvoor ze zijn opgeleid op een goede manier te behandelen.’

U bedoelt dat mensen met bijvoorbeeld een burn-out ten onrechte de diagnose depressie krijgen?

Denys: ‘Inderdaad. Pas las ik in de krant dat tachtig procent van de jongeren depressief is. Maar het kán niet dat tachtig procent van alle jongeren de psychiatrische diagnose depressie heeft gekregen. We moeten hygiënischer en gedisciplineerder praten over psychiatrische aandoeningen. Je zegt toch ook niet: “Tachtig procent van de mensen

heeft longkanker”, als je bedoelt dat mensen last hebben van hun luchtwegen vanwege een kapotte houtkachel? Het probleem is dat van oorsprong psychiatrische woorden als “angststoornis” en “depressie” sociale termen zijn geworden. Het is niet erg om jezelf “depri” te noemen als je niet lekker in je vel zit, maar laten we niet vergeten dat een depressie een psychiatrische diagnose is.”

Fredriks: ‘Als zulke onzorgvuldigheid leidt tot verkeerde diagnostiek, zorgt dat voor hogere zorgkosten, langere wachttijden en minder doorstroom in de ggz. Goede selectie en triage bij de toegang, dus een intake met gedegen kennis van de psychiatrie, kan voorkomen dat kinderen met problemen onnodig op een van de schaarse plekken terechtkomen. Daar schort het nu aan:

Verkeerde diagnostiek leidt tot hogere zorgkosten, langere wachttijden en minder doorstroom in de ggz

Jeugd in de knel

jongeren die ook prima gebaat zouden zijn met andere, lichtere hulp, houden nu de plek bezet van kinderen die die intensieve zorg echt nodig hebben.'

Denys: 'In Nederland van 2021 zijn er ouders die met de handen in het haar zitten omdat hun kind levensbedreigende klachten heeft, maar vanwege de maandenlange wachtlijst nergens kan worden opgenomen. Dat zegt toch genoeg!'

*'Iedereen wist dat het niet goed ging met Famke', kopte NRC onlangs over een meisje dat in beeld was bij de hulpverlening, maar toch door haar eigen vader vermoord werd.'*²

Fredriks: 'Kinderen als Famke zijn supercomplexe kinderen en juist zij vallen buiten de boot, mede door dat versnipperde zorglandschap. In de stappen ervoor is ook iets misgegaan: had niet voorkomen kunnen worden dat zo'n meisje in zo'n complexe situatie terecht kwam? Je wilt het liefst dat jongeren niet in een instituut worden geplaatst, maar hoe zorg je daarvoor? Je kunt niet alles voorkomen, maar we zullen van zulke heel nare situaties moeten leren wat we eerder beter hadden kunnen doen. We weten al wel dat de versnippering zal moeten stoppen.'

Waar moeten de kinderen met gewone problemen – die nu de wachtlijst bezet houden voor de complexe gevallen – naartoe?

Fredriks: 'Een gesprek met de poh-ggz, de schoolpsycholoog, een eerstelijns vrijgevestigde psycholoog of de opvoedpoli kan al helpend zijn. Maar huisartsen moeten wel hun weg weten te vinden in het zorgaanbod. Door de decentralisatie en versnippering van het zorglandschap is dat niet altijd het geval. Het is dus belangrijk dat huisartsen, kinderartsen of jeugdartsen een sociale kaart krijgen zodat ze weten waar ze de kinderen naartoe kunnen verwijzen. Ik hoor vaak dat ouders de weg niet weten, maar dat geldt ook voor huisartsen en kinderartsen, die dan kinderen

met ingewikkelde problematiek als patiënt hebben.'

Wie zou zo'n sociale kaart moeten maken?

Fredriks: 'Dat is in het versnipperde zorglandschap nog niet zo eenvoudig. Voor eetstoornissen gebeurt dat op het moment door K-EET, de Nederlandse Academie voor Eetstoornissen (NAE) en Stichting Kiem, met het aanbod per regio over de verschillende lagen, dat wil zeggen voor de eerstelijns zorg, voor de gespecialiseerde zorg en voor de derdelijns complexe zorg, nodig in geval van comorbiditeit: het tegelijkertijd voorkomen van twee of meer aandoeningen of stoornissen bij één persoon.'

Informele mentoren

De vraag is welke rol het eigen netwerk van jongeren in de jeugdhulp zou kunnen hebben. Sinds enkele jaren bestaat bijvoorbeeld de

JIM: Jouw Ingebrachte Mentor. Kinderen in de jeugdhulp kunnen zo'n eigen mentor uit het eigen netwerk kiezen, zoals een sporttrainer, leraar, buurvrouw of vriend van de familie. De JIM-aanpak komt van de aan de Universiteit van Amsterdam verbonden orthopedagoog

Levi van Dam, die later op het concept promoveerde.³ Uit recent onderzoek waaraan hij meewerkte, blijkt dat het samenwerken met zelfgekozen mentoren op de lange termijn effectief is. In de meeste gevallen zijn dreigende uithuisplaatsingen afgewend, waardoor jongeren thuis of in hun vertrouwde omgeving konden blijven wonen. Ook wordt dankzij de inzet van een JIM bijvoorbeeld schooluitval voorkomen. De positieve effecten kunnen tot in de volwassenheid voortduren.

In 2018 omarmde minister De Jonge de aanpak al. CDA-Tweede Kamerlid René Peters liet zich door de JIM-aanpak inspireren en diende in januari een initiatiefnota in voor een wet waarmee kinderen in de jeugdhulp

het recht hebben een eigen mentor te kiezen. Jeugdbescherming Gelderland liet zich inspireren door de JIM-aanpak en werkt sinds enige tijd met ‘burgervogden’ en JIMs.

Zou zo’n vrijwillige, zelf ingebrachte mentor kunnen bijdragen aan een cultuur van vertrouwen, om zo uit het doolhof te komen?

Fredriks: ‘Ik vind het op zich een goed initiatief, ook omdat de jongere deze mentor zelf kiest. Het is belangrijk voor de patiënt en ouders om een aanspreekpunt te hebben, vooral als de situatie heel complex is en je het gevoel hebt tegenover een “leger van professionals” te staan ... Lastig is wel dat deze mensen geen psychiatrische expertise hebben en dat het onduidelijk is waar hun verantwoordelijkheden liggen als het niet goed gaat. Bovendien speelt er soms bij ouders ook problematiek; dat is best complex. Het zal afhangen van de bekwaamheid van de vrijwilliger of hij of zij dat aankan, met afbakening van verantwoordelijkheid.’

Denys: ‘Ik heb heel veel moeite met zo’n mentor. Het stuit me tegen de borst dat je overal in je leven een coach bij nodig zou hebben. Zo ver zijn we gekomen: we hebben een coach nodig om te huwen, te scheiden, om een dier aan te schaffen, om naar school te gaan en om rijexamen te doen. Complete waanzin!’

Dit soort informele mentoren is gericht op jongeren in de jeugdzorg.

Denys: ‘We moeten anders gaan denken. We hebben een samenleving gecreëerd waarin een mens zichzelf niet meer staande kan houden. Je kunt elk gezin volpompen met vertrouwenspersonen en *mental* dit en *mental* dat. Maar we moeten iets aan de samenleving veranderen, anders is het dweilen met de kraan open.’

Het gaat hier om vrijwilligers in de samenleving: een oom, een buurvrouw, een vriend van de familie.

Denys: ‘Het leidt tot problemen. Miranda wees er al op: waar ligt de verantwoordelijkheid als het misgaat met een jongere? De mentor ontbeert de expertise als het misgaat. Je creëert nieuwe problemen: de toevoeging van een mentor leidt juist weer tot extra versnippering. Het concept lijkt heel elegant, maar het is zeer problematisch dat zo’n informele mentor de verantwoordelijkheid deels wel en deels niet op zich neemt.’

Hoe moet het dan wel?

Denys: ‘Het levert meer winst op om te investeren in de diagnostiek. Wat is er precies met het kind aan de hand? Sommige problemen van kinderen hebben een andere oorsprong dan het kind zelf. Vaak ligt het echte probleem – en dus ook de oplossing – in de samenleving. Je kunt bij een verslaafd kind een casemanager inschakelen, maar als je de drugsdealers niet uit de wijk haalt, wordt het kind niet echt geholpen.’

Waarom leidt een goede diagnose tot minder overbodige zorg?

Denys: ‘Een goede diagnose zorgt ervoor dat mensen meteen de goede zorg krijgen. Op dit moment wordt een dure psycholoog of psychiater aan het einde van de keten geplaatst. Mensen hebben dan al jaren in de hulpverlening gezeten. Het zou voor kinderen beter zijn als ze eerder door die psychiater gezien worden. Dat klinkt bizar, maar het betaalt zich terug in minder overbodige behandelingen. De expertise zal zich uitbetalen.’

Fredriks: ‘Goede diagnostiek aan de ingang is enorm belangrijk. Cruciaal is ook dat dan de belemmerende en beschermende factoren van het kind en het gezin in kaart worden gebracht. Daarnaast is het zaak dat gezinnen weer vertrouwen krijgen in de zorg. Nu wantrouwen

Jeugd in de knel

ouders en kinderen de hulpverlening vaak, omdat ze al achttien hulpverleners hebben gezien, vaak met wisselende diagnoses en discontinuïteit van behandeling.’

Secularisering

Eerder in het gesprek sprak Denys over de jaren zeventig. Tien jaar eerder begon de culturele revolutie van de jaren zestig. Dat roept de vraag op of de toen ingezette secularisering invloed heeft gehad op ons gevoel van onbehagen. De samenleving hoorde immers eeuwenlang elke zondag dat het leven een aards tranendal is – een interbellum tussen het paradijs en het nieuwe Jeruzalem. ‘Hier beneden is het niet’, heette het. Met andere woorden: er werd erkend dat lijden bij het leven hoort.

Is dat laatste besef door de secularisering weggefallen, en lopen we daarom massaal naar de hulpverlener als we niet lekker in ons vel zitten?

Denys: ‘Secularisering heeft zeker invloed gehad op de manier waarop we leven. De vanzelfsprekende zingeving die door God of de ideologie werd gegeven, is nu volkomen afwezig. We moeten dus op zoek naar een andere manier van zingeving en hebben onszelf met een ingewikkelde opdracht opgezadeld. De meerderheid van de mensen vervult die opdracht niet naar behoren. Wij weten niet waar de zin van het bestaan ligt. We mogen kiezen van onszelf waar de zin in ligt: in EMDR, een vakantie in Nepal, mindfulness of een huisje op de Veluwe? God zal weten wat, maar Hij zwijgt – want we zijn gesecculariseerd. Maar dit alles heeft weinig impact op de ernstige psychiatrische problematiek van kinderen zoals autisme, ADHD en persoonlijkheidsstoornissen. En de andere problemen, doorsneeproblemen, waren er altijd al. Maar vroeger liep een moeder niet zo snel naar de spoedeisende hulp omdat ze denkt dat haar kind een eetprobleem heeft. Dat was verborgen achter schaamte en schuld. Er was

veel verborgen problematiek. Daarna kwam er een fase – in de jaren tachtig – dat mensen daar wel mee voor de dag kwamen. Maar inmiddels zijn we erin doorgeschooten.’

Doorgeschooten in die zin dat we het kind problematiseren?

Denys: ‘Ja, het leven wordt gezien als een ziekte. Het kind heeft al een probleem voordat het naar school gaat. Want gaat het wel doen wat de ouders ervan verwachten? Wordt het wel een tafelgast bij *De Wereld Draait Door* of een beroemde schrijver? Dat verwachten we momenteel van onze kinderen.’

Fredriks: ‘Ik herken dat beeld. Veel problemen die ik bij kinderen zie hebben te maken met zeer ambitieuze streefniveaus en torenhoge verwachtingen die ze van zichzelf hebben.

Ze hebben het idee dat ze maximaal moeten functioneren op elk gebied. En de druk die ze halen uit sociale media ... We zien dat ze daar zelfs in hun ziekte in zekere zin competitief willen zijn; ze willen dan bijvoorbeeld het beste zijn in niet-eten.’

Opvoedbladen adviseren steeds vaker dat ouders

niet meer moeten zeggen dat een kindertekening ‘mooi’ is, omdat het kind dan te veel druk ervaart.

Fredriks: ‘Je kunt inderdaad beter zeggen: “Wat ben je lekker bezig” of “Wat ben je goed aan het werk”, dan: “Wat een geweldige tekening!” Ook op voetbal en hockey zou het moeten gaan om het samen bezig zijn, in plaats van dat er steeds wordt gevraagd of het kind gewonnen of gescoord heeft. De hele maatschappij is op het resultaat gericht, en niet op het proces. Het resultaat zie je in de huidige generatie studenten: ze krijgen een burn-out omdat ze denken dat ze drie studies tegelijk moeten doen voor hun cv, en dan ook nog het liefst cum laude.’

Veel problemen hebben te maken met zeer ambitieuze streefniveaus en torenhoge verwachtingen

Hoe kun je die druk verminderen?

Denys: 'Ik zag een kind dat een coronatest kreeg. Als beloning kreeg het een dapperheidsdiploma én een knuffel en nóg een geschenk. Een kind dat zo'n onderzoekje ondergaat, krijgt drie beloningen. Wat gaat zo'n kind op die manier van het leven verwachten? Het is heel bizar dat we een samenleving hebben gecreëerd waarin mensen niet meer kunnen functioneren.'

Fredriks: 'Als je tegenslagen weghoudt bij kinderen, worden ze minder weerbaar. Je hebt ouders die als er ook maar iets is met het kind, meteen bij de juf, voetbaltrainer of huisarts staan. Kinderen moeten toch wat getraind worden op tegenslagen in het leven, want die komen er later natuurlijk onherroepelijk.'

Ministers van VWS

De vraag is wat Denys en Fredriks verwachten van de politiek. Stel dat zij ministers van VWS zouden zijn, wat zouden ze dan willen veranderen?

Damiaan Denys zou om te beginnen een langetermijnvisie van dertig jaar vaststellen, in plaats van de huidige kortetermijnvisies die de overheid hanteert. 'Ik zou allereerst de marktwerking eruit halen. De ernstig zieke kinderen – ongeveer één procent van het totaal aantal kinderen – wil ik niet overlaten aan de marktwerkingsproblematiek. Je kunt uitrekenen wat de prevalentie is van psychische stoornissen bij kinderen. Dan kun je bijvoorbeeld voorspellen hoeveel Amsterdamse kinderen over vijf jaar lijden aan anorexia, ADHD, enzovoort. Als je

dat van alle Nederlandse regio's weet, kun je het aanbod daarop toespitsen met centra in het hele land. Die centra vrijwaar je van administratieve verplichtingen. De maatschappij moet dat betalen, evenals je gevangenen betaalt. Het gaat hierbij dus om de abnormale problematiek. De normale zorg wordt bekostigd door de overheid en de burger zelf. Mensen mogen ervaren dat zorg geld kost. Als je niet lekker in je vel zit, hoef je niet direct naar de psycholoog te stappen; je kunt ook eerst eens wat anders proberen, bijvoorbeeld sporten of met vrienden afspreken. Zorg is niet gratis.'

Ook Miranda Fredriks zou als VWS-minister een einde maken aan de marktwerking. De zorg zou weer teruggaan naar de behandelaren, met de zorgprofessionals in de regio. Ze zou faciliteren dat professionals multidisciplinair en tussen organisaties gemakkelijker kunnen samenwerken rondom de patiënt – over alle schotjes heen

dus, zodat zorg op maat geleverd wordt. De knip van 18 jaar zou ze schrappen. 'We zouden gesloten jeugdzorgopnames moeten zien te voorkomen door te investeren in de zorg rondom het kind thuis of

in vervangende gezinshuizen. Ook moeten de triage en de diagnostiek bij de toegang optimaal zijn; deze moeten worden uitgevoerd door gespecialiseerde psychologen en psychiaters, om te voorkomen dat de "gewone" patiënten bij de kinderpsychiater terechtkomen. Zo kunnen kinderen die het echt nodig hebben, eerder geholpen worden.'

Lever de intensiefste psychiatrische zorg niet over aan de markt

-
- 1 Damiaan Denys, *Het tekort van het teveel. De paradox van de mentale zorg*. Amsterdam: Nijgh & Van Ditmar, 2020.
 - 2 Anne-Martijn van der Kaad en Kim Bos, 'Iedereen wist dat het niet goed ging met Famke', *NRC*, 12 februari 2021. Zie <https://www.nrc.nl/nieuws/2021/02/12/>

- iedereen-wist-dat-het-niet-goed-ging-met-famke-a4031623
- 3 Zie bijvoorbeeld: Levi van Dam en Sylvia Verhulst, *De JIM-aanpak. Het alternatief voor uithuisplaatsing van jongeren*. Amsterdam: Boom, 2016.