

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](http://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](http://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](mailto:info@boomamsterdam.nl)  
[www.boomuitgeversamsterdam.nl](http://www.boomuitgeversamsterdam.nl)

# Een samenleving krijgt de uitvallers die ze verdient

Het enorme aantal kinderen dat jeugdhulp nodig heeft is een symptoom van de samenleving die we zelf hebben gebouwd. Onze medische en individualistische blik op de ontwikkeling van het kind is onderdeel van het probleem. Hulpverleners en de overheid worden momenteel geacht de mouwen op te stropen om ‘afwijkingen’ van de norm zo vroeg mogelijk te vinden en ingrijpen te legitimeren. We moeten echter de variëteit leren waarderen. Fysieke ingrepen, zoals werken met kleinere klassen, zijn een effectievere vorm van collectieve preventie.

**door Bert Wiene** De auteur is als associate lector Jeugd werkzaam op hogeschool Windesheim.

De afgelopen jaren steeg het aantal kinderen met jeugdhulp verder en nam ook de duur van de opnames van kinderen toe. In diverse gemeenten heeft maar liefst een op de zeven kinderen een vorm van jeugdhulp toegekend gekregen: van pleeghulp tot opnames in een psychiatrische kliniek, en van een angstbehandeling tot hulp vanwege een vechtscheidings situatie. Kortom, alles wat op dit moment onder de Jeugdwet valt. Deze stijging vraagt om reflectie. Zijn kinderen dan zoveel moeilijker geworden?

Natuurlijk kan niet onbenoemd blijven dat we op dit moment in een vreemde tijd leven omdat corona de samenleving beheerst. Maar ook los van corona wordt er al langer gesproken over een toename van angst en somberheid bij kinderen en jongeren. Het is daarbij opvallend dat we medische taal gebruiken om deze eigenschappen van kinderen te benoemen. We hebben het zomaar over ‘angststoornissen’ of ‘depressie’. Dat is opvallend, omdat we met die medische taal doen alsof deze problemen alleen maar te verklaren zijn vanuit het individuele kind. De angst of depressiviteit zit in het kind, of nog sterker: het is een hersenstoornis in het kind.

Juist in deze tijd hebben we echter kunnen leren dat als je de scholen sluit, dit direct effect heeft op het welbevinden van leerlingen. Kortom, keuzes in de context van kinderen doen ertoe. Het welbevinden van leerlingen is te beïnvloeden door keuzes binnen en rond de school.

### De context

Binnen jeugdhulp wordt sterk medisch-psychologisch gekeken naar kinderen, en problemen van kinderen worden sterk medisch-psychologisch geduid. Het medisch-psychologisch beschouwen van problemen betekent dat oorzaken voor problemen allereerst gezocht of gelokaliseerd worden in het kind (belangrijkste startvraag: ‘Misschien heeft dit kind ADHD?’) of mogelijk in de directe interactie rond het kind (belangrijkste startvraag: ‘Misschien mist deze ouder opvoedingscompetenties?’). De medische handelingspraktijk bestaat dan uit een ‘behandeling’ waarbij de jeugdhulpverlener, de psycholoog en de psychiater met ouders eerst het nulpunt in kaart brengen: waar staat het kind nu, en wat was de levensloop tot nu toe? Na deze classificatie en diagnose wordt het behandelingsdoel geformuleerd: waar willen het kind en de ouders naartoe? Daarna stippelt men samen de route uit: welke, liefst wetenschappelijk verantwoorde, praktijken kennen we om dit doel te bereiken?<sup>1</sup>

Een belangrijk nadeel van deze manier van zoeken naar oorzaken van problemen, is dat de context van het kind buiten beeld raakt. Daardoor raken ook oorzaken en oplossingen met betrekking tot deze problematiek buiten beeld. Als depressiviteit bij jongeren vooral wordt opgevat als een stoornis in het individu, dan is een behandeling vaak het eerste waarnaar men kijkt. Maar oorzaken van deze gedragingen of gevoelens rondom depressie buiten het individu (de samenleving die doordendert, keuzestress, enzovoort) blijven buiten beeld.<sup>2</sup>

---

### *Met medische taal doen we alsof het probleem in het kind zit*

Een goed voorbeeld van de invloed van de context bij gedrag dat we als een probleem zijn gaan beschouwen, zien we bij ADHD. De jongste jongetjes in de klas hebben een veel grotere kans om deze diagnose

te krijgen dan hun oudere leeftijdsgenoten, omdat ze nu eenmaal de jongste in de klas zijn.<sup>3</sup> En vanwege de hogere normen (al dan niet mede veroorzaakt door allerlei bijles- en internet-oefen-programma's) moeten deze jonge jongetjes steeds langer op hun stoel zitten om daadwerkelijk aan de normen te kunnen voldoen. En als dat niet lukt, dan gaan deze jongste jongetjes gedrag vertonen waarvan psychologen en psychiaters hebben afgesproken dat ‘ADHD’ te noemen en dat ook zo op te schrijven in de DSM, het handboek van psychologen en psychiaters.<sup>4</sup>

We hebben dus twee voorbeelden waarbij de normen in en rond de school en rond jongeren van invloed zijn op het verkrijgen van diagnoses. Die school en die context zijn belangrijk als we iets willen begrijpen van die stijging van het aantal diagnoses en kinderen in de jeugdhulp. De normen die gehanteerd worden (een gemiddelde leerling zit rustig op zijn of haar stoel, kan zelfstandig werken, kan werken in groepen, is geconcentreerd, kan spreken voor groepen) doen er dus toe. Je kunt een kind en een jongere niet los zien van de normen in die omgeving. Het medisch beschouwen van problematiek door deze te diagnosticeren leidt af van oplossingen en oorzaken in de pedagogische context van het kind, en zo blijft verholen dat normen rondom kinderen stijgen.

Deze ontwikkeling wordt in belangrijke mate versterkt vanuit de overheid. Want ook de overheid is gewend geraakt om gedragingen of gevoelens te benoemen

in medische taal. In de campagne ‘Hey, het is oké’ roept de overheid niet op om over gevoelens te praten, maar over psychische stoornissen. En als je dan op de campagnesite leest wat er bedoeld wordt, dan bedoelt men angst, je somber voelen of gespannen zijn.<sup>5</sup> In plaats van een neutrale boodschap als ‘Praat over je gevoelens’ of ‘Zoek iemand op als je het moeilijk hebt’, gebruikt de overheid actief medicaliserende taal. Is het dan vreemd dat steeds meer mensen hun gevoelens eveneens medisch gaan beschrijven? En als je iets eenmaal op deze wijze medisch hebt gemaakt, is het logisch dat men daarvoor aanklopt bij de medici: de psychologen en psychiaters.

## Variatie

Er is echter meer aan de hand dan alleen deze oorzaak-gevolgrelatie vanuit de pedagogische context. De focus van de samenleving lijkt namelijk ook te veranderen. Als normen belangrijk worden, gaat de samenleving als vanzelf de aandacht verplaatsen van de norm naar de afwijking van die norm.<sup>6</sup> Afwijkingen die dan, omdat ze als afwijking worden gezien, ‘aanpakken’ of ‘hulpverlening’ legitimeren. Het is opvallend hoe vaak deze redenering voorkomt in het huidige politieke klimaat. We stellen een norm van een ideale ouder vast, idealiseren deze norm, en legitimeren de inzet van hulpverlening of een aanpak op basis van de afwijking. Kijk bijvoorbeeld naar de zogenoemde 1000 dagenaanpak.<sup>7</sup> TNO stelt in dat kader: ‘De eerste 1000 dagen van een kind (...) zijn cruciaal voor zijn of haar ontwikkeling, gezondheid en welzijn gedurende het leven. Door ouders zo vroeg mogelijk van de juiste adviezen te voorzien en door snel in te grijpen bij beginnende problematiek, kunnen we voorkomen dat er later zwaardere zorg nodig is.’<sup>8</sup>

---

*Bij afwijkingen van de norm volgen een ‘invasie van experts’ en menukaarten met interventies*

De belangrijke vraag die zich opdringt: wat vinden we nu ‘de juiste adviezen’ en wat vinden we nu ‘beginnende problematiek’? Welke norm wordt hier gehanteerd? De voorgaande opvatting leidt ertoe dat het minste of geringste wordt opgepakt als risico en ook moet worden aangepakt. Vanuit dit idee (is het maakbaarheid?) vindt er een ‘invasie van experts in het gezinsleven’ plaats<sup>9</sup> en zijn er menukaarten met interventies ontwikkeld om in te grijpen bij afwijkingen van de norm.<sup>10</sup> Kort gezegd: als we willen nadenken over de toename van de afgelopen jaren in de jeugdhulp, zullen we deze focus op afwijkingen van de norm zeer kritisch moeten bespreken.

## Hoe dan wel? De les van het riool

Overheden zien preventie als een belangrijke manier om de instroom in de jeugdhulp te beteugelen. Het gevaar – of de praktijk – is echter dat juist door de vorm waarin preventie nu georganiseerd wordt, steeds meer kinderen jeugdhulp nodig hebben. Preventie gericht op het individu of op de relaties rond het individu bereikt veelal het tegenovergestelde. Als een jongere ervaart dat hij of zij de wereld niet kan overzien door alle keuzes die er moeten worden gemaakt, en het gevoel heeft daar alleen voor te staan, dan heeft preventie met als doel de jongere weerbaarder te maken (met als expliciete boodschap: ‘Inderdaad, jij moet het alleen doen, wil je in

deze maatschappij overeind blijven') niet veel nut. Als we onzekere ouders massaal bestoken met wat goed ouderschap is (zie wederom de 1000 dagenaanpak), zonder dat ze daaraan kunnen voldoen, dan bekrachtigen we alleen maar de onzekerheid en de stress rondom opgroeien en opvoeden, in plaats van die te normaliseren.<sup>11</sup>

Als bestuurder en politicus wil je echter wel iets doen aan die stijging in de zorg, en het is niet zelden dat er vanuit preventief oogpunt van alles wordt gedaan. In het voorgaande heb ik uitgelegd waarom dan de enge focus op het kind niet in alle gevallen behulpzaam is. Het leidt af van de context en van keuzes en oplossingen in die context. Het punt is alleen: als je iets eenmaal medisch hebt gemaakt of hebt genoemd, kun je eigenlijk niet meer terug. De vraag is dus: wat kunnen we dan wel?

Op scholen waar ik kom maken we vaak analyses: welke vormen van zorg, hulp en ondersteuning worden er allemaal vanuit de Jeugdwet, passend onderwijs en allerlei andere wet- en regelgeving ingezet op de school? En waartoe? En wat levert al die inzet op, en waaraan meet je vervolgens af of deze inzet wel of niet goed is? Dan voer ik geregeld een 'rioolgesprek'. Die term onstond als volgt: de aanleg van het riool was nog niet zo lang geleden de oplossing voor veel medische problematiek (ontstekingen, ziektes); een ingreep in het fysieke domein bleek de oplossing voor iets wat als medische problematiek geduid werd. Wij zullen het riool van deze tijd moeten gaan vinden.

---

*Werk toe naar het afschaffen van predicaten als dat van 'Excellente School', en stop met het openbaar maken van toetsgegevens*

### **Ander ideaal**

We kennen op dit moment een overheid die lijkt te geloven in maakbaarheid: de mouwen moeten opgestroopt om afwijkingen van de norm zo vroeg mogelijk te vinden en

dan direct in te grijpen. Maar het is wellicht helpender om de problematiek anders te bezien, en kritisch te kijken naar de normen rondom kinderen. Kan dáár niet het verschil worden gemaakt? Werk toe naar het afschaffen van predicaten als dat van 'Excellente School', en stop met het openbaar maken van toetsgegevens. Het zijn die normen die de druk in het onderwijs verhogen. En zorg voor tijd, en voor rust. Voer bijvoorbeeld een norm in voor een maximale klassengrootte van vijftien leerlingen. Zo hebben leraren de kans om zich te richten op het bieden van goed onderwijs en het leggen van echt contact, zodat leerlingen gezien worden en afwijkingen van de norm niet direct tot een probleem worden gemaakt. Zorg dat maatwerk mogelijk is binnen het onderwijs; zouden sommige leerlingen bijvoorbeeld niet een ontheffing kunnen krijgen voor delen van de lestijd? In een project dat ik op dit moment uitvoer in een gemeente, blijkt dat het, als er op een school tijd en ruimte wordt toegevoegd, mogelijk is om het aantal angstige leerlingen te verminderen en om de angstige leerlingen die dan nog overblijven op school te behandelen. Voer als gemeenten en onderwijs het gesprek over 'het riool', analyseer samen hoe het jeugdhulpgebruik op scholen is, en stel jezelf dan de volgende vragen: Doen we nu het goede? Kunnen we iets verzinnen als het riool, een ingreep vanuit het fysieke domein dat preventief werkt? Hoe kunnen we vanuit dat perspectief de school ruimte en tijd geven?

Al met al gaat het nu bij preventie nog te veel over individuen die ‘regisseur’ van hun eigen gezondheid moeten zijn. Alsof pech of een ziekmakende context niet bestaan. En als het met die individuen niet meer gaat, dan moeten ze aan de bak. Dan worden ze gestimuleerd en uitgedaagd om de juiste keuzes te maken. Natuurlijk is voor deze individuele aanpak best wat te zeggen, maar toch zouden we meer dan ooit moeten kijken naar het collectief. Collectieve preventie door het aanpassen van de eisen die de samenleving nu aan kinderen stelt. Dat begint bij het besef dat het enorme aantal kinderen dat jeugdhulp nodig heeft vooral een symptoom is van de samenleving die we zelf hebben gebouwd.

### Artikel in het kort:

- \* Onze medische en individualistische kijk op problemen van het kind is zelf hoogst problematisch
- \* De nadruk op individuele preventie is contraproductief
- \* Voer ‘rioolgesprekken’ in: zoek naar fysieke interventies in de omgeving die zorgen voor collectieve preventie
- \* Breng met kleine fysieke ingrepen en met aangepaste normen ruimte en tijd en rust in het onderwijs

- 
- 1 Bert Wienen, ‘Waarom de jeugdhulp verstopt zit’, website Wetenschappelijk Instituut ChristenUnie, 1 december 2019.
  - 2 Wienen 2019.
  - 3 Martin Whitely, Melissa Raven, Sami Timimi, Jon Jureidini, John Phillimore, Jonathan Leo, Joanna Moncrieff en Patrick Landman, ‘Annual Research Review. Attention deficit hyperactivity disorder late birthdate effect common in both high and low prescribing international jurisdictions. A systematic review’, *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 60 (2019), nr. 4, pp. 380-391. doi: 10.1111/jcpp.12991
  - 4 Laatste editie in Nederlandse vertaling: American Psychiatric Association, *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*. Amsterdam: Boom, 2014.
  - 5 Zie [www.heyhetisoke.nl](http://www.heyhetisoke.nl).
  - 6 Floortje Scheepers, *Mensen zijn ingewikkeld. Een pleidooi voor acceptatie van de werkelijkheid en het loslaten van modeldenken*. Amsterdam: De Arbeiderspers, 2021.
  - 7 Rijksoverheid, ‘Kabinet investeert in eerste 1000 dagen kind’ [nieuwsbericht], Rijksoverheid.nl, 12 september 2018. Zie <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2018/09/12/kabinet-investeert-in-eerste-1000-dagen-kind>
  - 8 TNO, ‘Toekomst van een kind verbeteren in de eerste 1000 dagen’. Zie <https://www.tno.nl/nl/aandachtsgebieden/gezond-leven/roadmaps/youth/de-eerste-duizend-dagen-van-het-kind>
  - 9 Jan Macvarish, *Neuroparenting. The expert invasion of family life*. Londen: Palgrave Macmillan 2016.
  - 10 Bijvoorbeeld bij het actieprogramma ‘Kansrijke Start’; zie <https://menukaart.kansrijkestartnl.nl>.
  - 11 Wienen, 2019.