



rijksuniversiteit
groningen

faculteit gedrags- en
maatschappijwetenschappen

De beweging van het ‘diagnose-denken’ naar normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren in de beroepspraktijk van orthopedagogen

The movement from 'diagnostic thinking' to normalization, unburdening and de-medicalization in the professional practice of remedial educationalists

Masterthesis Orthopedagogiek

L.W. Wesselink (s4590511)

Thesisbegeleider: Dr. R. Mombarg

2e beoordelaar: Prof. Dr. M. Smit

Rijksuniversiteit Groningen

Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Masterthesis Pedagogische Wetenschappen (track: Orthopedagogiek)

September 2022

Samenvatting

Met de invoering van de Jeugdwet in 2015 leek er gehoor te zijn gegeven aan de toenemende zorgen en kritiek betreft de problemen in de jeugdzorg en het onderwijs. Er heeft destijds een verschuiving plaatsgevonden in het Nederlandse jeugdstelsel. Een van de kernconcepten in deze wet is het normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren van de jeugdsector. Hiermee is er een beweging in gang gezet, wat zou moeten leiden tot verbeteringen in de jeugdzorg. Echter, stelt de Sociaal Economische Raad (SER) in haar meest recente brandbrief: *'Tastbaar beleid in de jeugdzorg'* (2022) dat er weinig gemerkt wordt van verbeteringen in de dagelijkse praktijk en dat de nood inmiddels hoog is. Kinderen en volwassenen ervaren tegenwoordig steeds meer psychische problemen, de vraag naar jeugdzorg blijft stijgen, terwijl die niet meer betaalbaar is en de druk op professionals en het systeem is groot. Dit roept de vraag op in hoeverre deze beweging naar normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren ook in de beroepspraktijk van de orthopedagoog wordt herkend en onderschreven. Dit verkennend onderzoek heeft als doel gehad om, middels semigestructureerde interviews met negentien orthopedagogen, erachter te komen wat zij hierover zeggen. Tevens, is met hen gesproken over of, en hoe er een rol voor de orthopedagoog binnen deze beweging is weggelegd en wat zij hier dan voor nodig zouden hebben. De hoofdonderzoeksvraag die in dit onderzoek leidend is, luidt: *"In hoeverre wordt het normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren vanuit de Jeugdwet ook in de beroepspraktijk van de orthopedagoog herkend en onderschreven?"*

Dit onderzoek schetst een heel voorzichtig beeld in hoeverre de beweging in de beroepspraktijk van de orthopedagoog wordt herkend en onderschreven. Het lijkt een weerbarstig proces te zijn om de beweging concreet door te vertalen naar de dagelijkse praktijk, terwijl alle orthopedagogen in dit onderzoek het normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren van de jeugdsector erkennen. Diverse maatschappelijke-, sociale- en educatieve krachtenvelden lijken van invloed te zijn op het al dan niet kunnen herkennen en onderschrijven van de beweging. De orthopedagogen in dit onderzoek zien kansen om vanuit hun vakgebied meer mee te kunnen bewegen. Uitgebreid vervolgonderzoek wordt sterk aangeraden om deze verschillende krachtenvelden en kansen verder uit te kristalliseren en tevens meer concrete aanbevelingen te kunnen doen.

Trefwoorden: orthopedagogen, diagnoses, beweging, normaliseren, ontzorgen, de-medicaliseren, beroepspraktijk, jeugdzorg, onderwijs

Abstract

As the Youth Act was introduced in 2015, it seemed the increasing concerns and criticism regarding the problems in youth care and education were met. There was a shift in the Dutch youth system at the time. One of the core concepts in this law is normalizing, unburdening and de-medicalization of the youth sector, which has started a movement and this should lead to improvements in youth care. However, the Social Economic Council (SER) states in its most recent, urgent letter - 'Tangible policy in youth care' (2022) - that little has been noticed of improvements in daily practice and that the need is ever-growing. Children and adults experience more and more psychological problems nowadays, the demand for youth care continues to rise, although it is no longer affordable, and the pressure on professionals and the system is great. This raises the question to what extent this movement towards normalization, unburdening and de-medicalization is also recognized and endorsed in the professional practice of remedial educationalists. The purpose of this exploratory study was to find out what they say about this by means of semi-structured interviews with nineteen remedial educationalists. We also discussed whether and how there is a role for the remedial educationalist within this movement and what they would need. The main research question that is leading in this study is: *"To what extent is the movement of normalization, unburdening and de-medicalization based on the Youth Act also recognized and endorsed in the professional practice of the remedial educationalist?"*

This study paints a cautious picture of the extent to which the movement is recognized and endorsed in the professional practice of remedial educationalists. It seems to be a difficult process to concretely translate the movement into daily practice, while all remedial educationalists in this study acknowledge the normalization, unburdening and de-medicalization of the youth sector. Various societal, social and educational force fields seem to influence whether or not the movement can be recognized and endorsed. The remedial educationalists in this study recognize opportunities to comply and move along with this movement within their field. Extensive follow-up research is strongly recommended to further crystallize these different forces and opportunities and to be able to make more concrete recommendations.

Keywords: remedial educationalists, diagnosis, movement, normalization, unburdening, de-medicalization, professional practice, youth care, education

Inleiding

In haar hoofdstuk ‘Van psychiatrische kinderziekten naar sociale en maatschappelijke problemen’ (2018) schrijft pedagoge en hoogleraar aan de Rijksuniversiteit te Groningen Laura Batstra het volgende: *“Sinds de jaren negentig van de vorige eeuw groeide de kinder- en jeugdpsychiatrie spectaculair. Steeds meer kinderen kregen voor steeds lichtere problematiek, psychiatrische diagnoses en behandelingen. Instellingen breidden uit en nieuwe poli’s werden opgericht. Het aantal ADHD-medicatievoorschriften aan kinderen verdubbelde in tien jaar tijd, en terwijl autisme vroeger een zeer zeldzame diagnose was, had 1 op de 33 kinderen in 2014 volgens hun ouders een aan autisme verwante stoornis. Ruim 60% van deze kinderen werd hiervoor behandeld in de specialistische tweede lijn. Er zijn geen aanwijzingen dat al deze zorg voor onze jeugd geholpen heeft: er lijkt eerder sprake te zijn van een door aanbod gecreëerde toegenomen hulpvraag”*.

In de afgelopen decennia heeft het fenomeen ‘diagnose-denken’ in de samenleving een overheersende rol gespeeld (Wienen et al., 2019) en de invloed van diagnoses op het leven van mensen, op onze economie en cultuur is vele malen groter geworden dan 35 jaar geleden (Derksen, 2015). Steeds meer menselijke moeilijkheden en problemen worden *geframed* als een psychiatrische aandoening of stoornis. De focus van psychiatrische behandelingen is verschoven van personen naar stoornissen en ‘symptomen’ en behandelingen zijn meer en meer medicamenteus geworden (Jenkins et al., 2009; Kessler et al., 2005; Leslie & Wolraich, 2007; Batstra, 2018). Volgens Van Dijk et al. (2022) lijden we als maatschappij aan ‘doorgeslagen diagnose-denken’ en de Nationale Kinderombudsvrouw Margrite Kalverboer stelt: *“We zijn doorgeschoten in het labelen van gedrag dat als abnormaal wordt gezien”* (Einder & Blokland, 2022). Er zijn inmiddels al tientallen brandbrieven, rapporten en adviezen opgesteld die de overheid en gemeenten attenderen op de huidige problemen. Deze problemen omvatten lange wachtlijsten bij de jeugdhulpverlening, financiële tekorten bij gemeenten, druk op jeugdprofessionals, samenwerkingsverbanden en het speciaal onderwijs, veel regels die niet meewerken in het kunnen bieden van de juiste zorg, er is sprake van baanonzekerheid en het wordt voor de samenleving een steeds zwaardere taak om stijgende kosten voor jeugdzorg te dragen (Harchaoui et al, 2012). Bovendien worden veel jongeren met milde problematiek behandeld in een duur en mogelijk te gespecialiseerd systeem, terwijl een deel daar niet thuishoort (Batstra, 2012). Degenen met ernstige problematiek krijgen daardoor onvoldoende zorg (Wang et al., 2007). Schrijfster en journalist Sanne Bloemink (2018) beschrijft de huidige situatie rondom de jeugdzorg in haar boek genaamd ‘diagnosedrift’ als volgt: *“Het is een*

situatie die we met ons allen, als collectief, veroorzaken. Er is niet één schuldige, het is een complex systeem waar iedereen aan bijdraagt. Een logge tanker die moeilijk valt te keren.” Het is op deze manier niet langer houdbaar en verandering is noodzakelijk. *“De Jeugdzorg faalt”*, aldus Stans Goudsmit, Kinderombudsman gemeente Rotterdam (Van der Wurff, 2021) en in het meest recente advies van de Sociaal Economische Raad (SER): ‘Tastbaar beleid voor de jeugdzorg’ (2022) schrijft voorzitter Kim Putters: *“De rek is eruit, de nood is inmiddels hoger dan ooit.”*

Het ontstaan van het ‘diagnose-denken’

Over de gehele wereld komen psychische moeilijkheden sinds men kan heugen in alle vormen en maten voor. Vanuit deze complexiteit ontstond de behoefte aan overzicht en duidelijkheid. In 1980 kwam daarom de derde versie van de Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM) uit, om aan de hand van welomschreven criteria, definities van verschillende stoornissen te kunnen formuleren (Batstra & Frances, 2013). De kennis omtrent psychische toestanden en diagnoses werd steeds omvangrijker (Linley et al., 2006). Hierover schreef Myers (2000) op basis van de Psychological Abstracts, die voor het eerst in 1887 verschenen, dat de verhouding tussen publicaties over negatieve versus positieve psychologische toestanden 14:1 bedroeg. Het handboek werd zeer populair en een van de opstellers schrijft: *“Psychiatrische diagnostiek verplaatste zich van de spreekkamer naar verjaardagspartijtjes. Mensen die het eerder hadden over de betekenis van hun laatste dromen, spraken nu over de vraag in welke van de intrigerende DSM-categorieën ze zouden kunnen passen”* (Batstra & Frances, 2013; Frances, & Widiger, 2012; Frances, 2013). Echter, pas vanaf de herziene DSM-IV in 1994 namen diagnoses en medicatiegebruik onder kinderen explosief toe (Danielson et al., 2018; Timimi, 2015; Batstra et al., 2012).

Recentelijk heeft Unicef in 2021 het wereldwijde rapport State of the World’s Children ‘On My Mind’ uitgebracht (Keeley, 2021). Dit rapport laat zien dat wereldwijd naar schatting 1 op de 7 jongeren tussen 10 en 18 jaar een gediagnosticeerde psychische aandoening heeft. Voor Nederlandse jongeren (10 tot 19 jaar) geldt dat circa 18 procent een psychische aandoening heeft, wat méér is dan het EU-gemiddelde. Daarbij komt dat in de periode 2017-2021 het percentage leerlingen dat druk door schoolwerk ervaart aanzienlijk is toegenomen. In 2021 gaf 45 procent van de jongeren in het voortgezet onderwijs aan dat zij (nogal) veel druk ervaren door schoolwerk. Een verdriedubbeling ten opzichte van het jaar 2001 (Boer et al, 2022). Er is de afgelopen jaren in Nederland ook een steeds groter beroep gedaan op jeugdhulp. Uit cijfers van Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) (2021) blijkt dat in 2020 410.645

jongeren tot 18 jaar in Nederland een beroep deden op jeugdhulp. Ten opzichte van 2015 is dit gestegen met 58.735.

Het belang van zowel diagnoses als normaliseren

Enerzijds kan het in bepaalde situaties relevant zijn om een diagnose toe te kennen. Voorstanders van het DSM-handboek stellen bijvoorbeeld dat het een helder begrippenkader biedt op basis van klinisch relevante informatie ter bevordering van de communicatie tussen deskundigen. Het steeds meer ‘herkennen’ van kinderen met problemen zou voor een bevordering van acceptatie, begrip en geduld van volwassenen zorgen. Tevens, kan het functioneren mogelijk verbeteren of kan verergering voorkomen worden, en opent een diagnose deuren naar de hulpverlening (Van Dijk et al., 2022). Een kind kan bovendien mogelijk meer grip krijgen op zijn mogelijkheden en beperkingen, doordat een diagnose een verklaring geeft van gedragingen, gevoelens en/of gedachten (Van Herpen, 2012). Psycholoog Noëlle Pameijer schetst daarbij dat diagnoses nuttig kunnen zijn als dit noodzakelijk is om inzicht te verkrijgen in de situatie, realistische doelen te stellen, passende ondersteuning te bieden en gericht te verwijzen naar eventuele jeugdhulp (Balans, 2020). Volgens socioloog en pedagoog Mieke van Stigt (2018) kan diagnostiek een belangrijk inzicht bieden en zou men diagnostiek als hulpmiddel niet moeten afzwakken, er bestaat namelijk een risico op onder-diagnose. Dit houdt in dat goede diagnoses niet of niet tijdig worden gesteld en er onvoldoende toegang is tot noodzakelijke behandeling. Hiermee wordt het belang van vroegtijdige signalering, diagnostiek en behandeling benadrukt (Verhulst & Verheij, 2014; Wesseling, 2021).

Anderzijds heerst er al langere tijd kritiek op hoe de jeugdzorg ingericht is en wordt juist het belang van normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren benadrukt. De DSM-IV zou volgens van Herpen (2011) kinderen hebben gereduceerd tot een set gedragskenmerken en Batstra & Frances (2013) stellen dat psychische diagnoses hun geloofwaardigheid dreigen te verliezen door het ruime toepassen ervan. Nederlands hoogleraar in de psychiatrie Jim Van Os (2014) stelt dat het DSM-systeem nog steeds de spil van de door hem beschreven huidige armoedige toestand zou zijn: *“het reduceert mensen tot etiketten, propageert een ‘onbewezen hersenmodel van ziekte’, heeft geen oog voor menselijke variatie en context en geeft geen informatie over beloop of zorgbehoefte”*. In haar boek ‘Mensen zijn ingewikkeld’ schrijft Floortje Scheepers (2021) bijvoorbeeld dat het terugbrengen van het ‘normale lijden’ tot versimpelde concepten als stoornissen of dysfuncties, geen recht doet aan het feit dat mensen ingewikkelde wezens zijn. Psychiater en hoogleraar psychologie Paul Verhaeghe (2019) stelt dat maatschappelijke normen bepalen wat men al dan niet als stoornis bestempelt en deze

normen kunnen volgens Van Lieshout et al. (2007) veranderen. In de huidige maatschappij is er aldus Bloemink (2018) verminderd begrip voor afwijkingen van het gemiddelde. Volgens de coalitiepartners van de rapportage ‘samen verder’ van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd et al. (2022) zorgen een aantal dingen ervoor dat ‘normale’ problemen in de ontwikkeling en opvoeding van een kind worden geproblematiseerd: de toenemende prestatiedruk, de gedachte dat alle problemen zijn op te lossen door alles ‘weg te organiseren’ en de tendens dat er steeds minder obstakels, afwijkingen, mislukkingen en teleurstellingen geaccepteerd lijken te worden. Batstra (2012) stelt overigens dat veel psychologische problemen bij kinderen en adolescenten niet in termen van medische problematiek beschreven zouden moeten worden, maar dat deze gedragsuitingen het gevolg zouden kunnen zijn van verschillende ongunstige sociale- en educatieve factoren, zoals bijvoorbeeld armoede of het Nederlandse schoolstelsel. Filosoof en psychiater Damiaan Denys (2020) bepleit dat men ‘normaal lijden’ is verleerd: *“Onze weerbaarheid is zo laag. Als je hier een ongeluk ziet langs de snelweg, heb je al “PTSS”*. Therapie is volgens hem een belangrijk onderdeel van de menselijke gereedschapskist geworden. Vanheule (2015) benadrukt daarbij dat niet elk kind in hetzelfde tempo ontwikkelt, waardoor diagnoses en medische benaderingen overbodig zouden zijn (Harwood, 2006; Batstra, 2012; Clark, 2014). Door het gebied van normaliteit voortdurend te versmallen en terug te vallen op jeugdhulp en medicalisering wordt er weinig ruimte overgelaten voor individuele variatie in gedrag (Wesseling, 2021). De Nationale Kinderombudsvrouw Margrite Kalverboer beschrijft het als volgt: *“Veel kleine problemen waarvoor kinderen nu in de molen belanden, gaan vaak vanzelf over. We moeten af van de dwingende norm dat alles en iedereen perfect moet zijn. Zo blijft er genoeg tijd over om kinderen te helpen die die hulp écht nodig hebben”* (Einder & Blokland, 2022).

De eerste stap in de beweging

Om de overheid en gemeenten te attenderen op de problemen binnen de jeugdzorg, zijn inmiddels tientallen brandbrieven, rapporten en adviezen opgesteld. Een van deze adviezen kwam ruim tien jaar geleden vanuit de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO), genaamd: ‘Ontzorgen en Normaliseren’ (2012). Het was volgens de RMO namelijk een problematische ontwikkeling dat kinderen, jongeren en hele gezinnen steeds vaker uit de sociale omgeving werden gehaald en in het zorgcircuit werden geplaatst. Hierdoor zouden zij steeds minder als ‘normaal’ beschouwd worden. Ontzorgen en normaliseren zouden volgens de RMO aan de basis van de eerstelijns jeugd- en gezinszorg zouden moeten liggen, omdat het zou leiden tot een eenvoudiger jeugdzorgstelsel (Harchaoui et al, 2012). Met ‘normaliseren’ werd

bedoeld dat kwetsbaarheid bij het dagelijkse leven hoort, en dat onnodig problematiseren en etiketteren tegengegaan zou moeten worden. ‘Ontzorgen’ werd beschreven als het bieden van zorg die de eigen kracht versterkt en tevens eenieders sociale omgeving actief betreft (Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, 2012; Harchaoui et al, 2012; Wesseling, 2021). Daarbij zou de nadruk volgens de RMO minder moeten liggen op het sturen, controleren en doorverwijzen van jeugdigen, en meer op ontmoeten, tonen van medemenselijkheid, het opbouwen van vertrouwen en het voeren van gesprekken (Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, 2012; Wesseling, 2021).

Met de invoering van de Jeugdwet in 2015 leek er gehoor te zijn gegeven aan de toenemende zorgen en de groeiende kritiek binnen de samenleving (Wesseling, 2021) en heeft er een verschuiving plaatsgevonden in het Nederlandse jeugdstelsel. Er is een beweging in gang gezet: de beweging van ‘diagnose-denken’ naar het normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren van de jeugdsector (Overheid.nl, 2014; Harchaoui et al, 2012; Batstra, 2018; Van Nijendaal, 2014). Het doel van deze beweging was om onder andere middels preventie het opvoedkundig klimaat te versterken in gezinnen, wijken, scholen en in voorzieningen als kinderopvang en peuterspeelzalen (Overheid.nl, 2014; Harchaoui et al, 2012; Wesseling, 2021). Daarbij moest uitgegaan worden van eigen verantwoordelijkheid en mogelijkheden van jeugdigen en hun ouders, met inzet van hun sociale netwerk. Op deze manier zouden doorverwijzingen voor intensief zorggebruik voorkomen kunnen worden (Batstra, 2018). Bovendien, door vermindering van regels en bureaucratie zou integrale zorg bij meervoudige problematiek beter mogelijk moeten worden. Zo werd bijvoorbeeld ondersteuning zonder kind gebonden diagnose in steeds meer gemeenten gangbaarder (Van Nijendaal, 2014).

Relevantie van dit onderzoek

Het invoeren van de Jeugdwet in 2015 zou moeten leiden tot verbeteringen binnen de jeugdzorg en het onderwijs. In gesprekken met kinderen en professionals in de jeugdzorg blijkt echter dat er in de dagelijkse praktijk nog weinig gemerkt van wordt (Sociaal Economische Raad, 2022). Bovendien, uit recent onderzoek van het onderzoeks- en adviesbureau Andersson Elffers Felix (AEF) samen met het Verwey-Jonker Instituut is gebleken dat concepten als normaliseren en het benadrukken van de eigen krachten van individuen op landelijk- en lokaal niveau minder goed en concreet te operationaliseren zijn, waardoor er minder aandacht aan gegeven wordt (Hilderink et al., 2020). Mede doordat het enigszins abstracte begrippen zijn, blijken ze vatbaar voor discussie en zijn ze daarmee ook niet vanzelfsprekend (Wesseling, 2021). Het AEF bepleit

daarom dat het van belang zou zijn om hier actief mee bezig te gaan, zodat het op lokaal niveau en in de beroepspraktijk meer concreet wordt (Hilderink et al., 2020).

Methodie

Onderzoeks- design en vragen

Dit onderzoek is exploratief en kwalitatief van aard. Het beoogt te verkennen of, en in hoeverre de beweging van ‘diagnose-denken’ naar normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren in de beroepspraktijk van de orthopedagoog onder de aandacht is. Interessant is hoe orthopedagogen zelf naar deze concepten kijken, of er een rol voor de orthopedagoog in deze beweging is weggelegd, en wat zij hier dan voor nodig zouden hebben. De resultaten uit dit onderzoek zijn op een inductieve manier benaderd. Er is van te voren geen hypothese opgesteld. De vraag die in dit onderzoek leidend is, luidt: *“In hoeverre wordt het normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren vanuit de Jeugdwet ook in de beroepspraktijk van de orthopedagoog herkend en onderschreven?”*

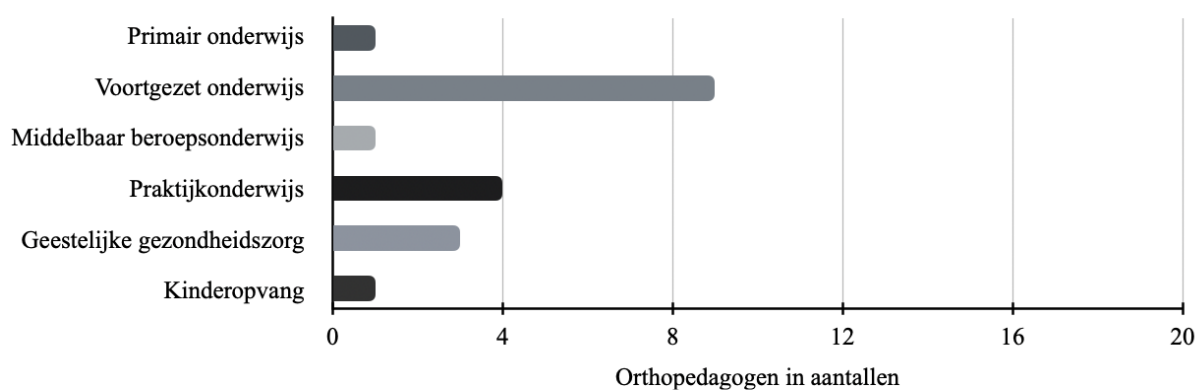
Om de hoofdonderzoeksvraag te kunnen beantwoorden, zijn met name de eerste twee onderstaande deelvragen van belang. Ter verdieping en vanuit nieuwsgierigheid gedreven zijn de overige drie deelvragen meegenomen in het onderzoek. Onderstaand zijn de vijf deelvragen weergegeven.

1. *“In hoeverre is het normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren van de jeugdsector merkbaar in de beroepspraktijk van orthopedagogen?”*
2. *“Hoe verhouden orthopedagogen zich tot het normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren van de jeugdsector?”*
3. *“Wat houdt het problematiseren en medicaliseren volgens orthopedagogen in stand?”*
4. *“Wat zijn volgens orthopedagogen kansen voor het normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren?”*
5. *“Wat geven orthopedagogen aan nodig te hebben om in de praktijk meer te kunnen normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren?”*

In het vervolg van dit onderzoek geldt de kanttekening dat wanneer er gesproken wordt over ‘diagnose-denken’ en ‘diagnoses’, dit dan DSM-gerelateerde diagnoses betreft.

Participanten

Omdat de visies van orthopedagogen mogelijk samenhangen met de werkplek en tevens de doelgroep waar de orthopedagoog mee werkt, is voor het huidige onderzoek gekozen om zowel orthopedagogen binnen het onderwijs als orthopedagogen werkzaam binnen de Geestelijke Gezondheidszorg (hierna te noemen: GGZ) te benaderen. Een vereiste voor deelname aan dit onderzoek was dat de participanten als orthopedagoog werkzaam zijn. Middels een sneeuwbalstreekproef uit het netwerk van de onderzoeker en een oproep op LinkedIn zijn orthopedagogen geworven. Wanneer de contactgegevens waren verstrekt, is door de onderzoeker een mail verstuurd met daarin de uitnodigingsbrief (zie bijlage 1), het informed consent (zie bijlage 2) en het vragenformat (zie bijlage 3). Indien de participanten akkoord gingen met deelname aan het onderzoek, is vervolgens een interview met hen ingepland.



Figuur 1 - Verdeling werk sectoren ondervraagde orthopedagogen (N=19)

Uiteindelijk is er in dit onderzoek gesproken met negentien orthopedagogen. In figuur 1 is de verdeling van de werksectoren weergegeven. Zo is te zien dat het overgrote deel werkzaam is binnen het voortgezet onderwijs, namelijk negen van de negentien orthopedagogen. Voor zowel het primair onderwijs, het praktijkonderwijs als de kinderopvang geldt dat er per sector met één orthopedagoog is gesproken. Verder zijn vier orthopedagogen in dit onderzoek werkzaam binnen het praktijkonderwijs en drie binnen de GGZ.

Meetinstrumenten

Middels semigestructureerde interviews met de orthopedagogen is geprobeerd om antwoorden te vinden op de hoofd- en deelvragen, waarbij de deelvragen hebben gefungeerd als leidraad in de interviews (zie bijlage 4).

Analysekader

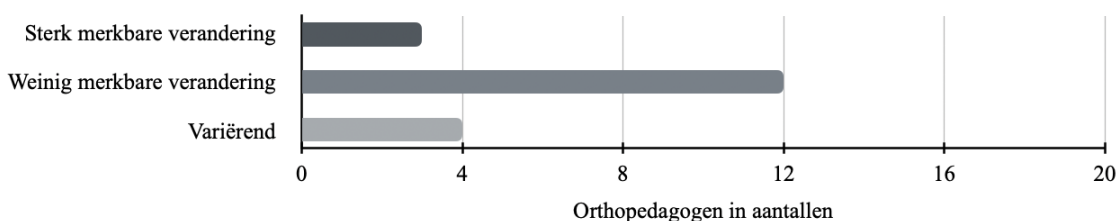
Het huidige onderzoek omvat een kwalitatieve thematische analyse van de interviews. Om nauwkeurige analyse van de interviews mogelijk te maken, zijn ze allereerst opgenomen met een recorder, waar alvorens toestemming voor is verkregen middels het informed consent (zie bijlage 2). Echter, omwille van de privacy van de orthopedagogen, zijn transcripties niet in de bijlage gevoegd. Deze zijn indien gewenst, in volledig geanonimiseerde vorm op te vragen.

Vervolgens zijn de opnames getranscribeerd in Word. De onderzoeker is daarna gestart met het verkennen van de informatie en vervolgens is er gecodeerd, gethematiseerd, gereviseerd en verfijnd, vastgesteld en gestructureerd (Braun, & Clarke, 2006; Verhoeven, 2020). Het analyseren verloopt volgens drie stappen (Verhoeven, 2020), waarbij de codes bepaald zijn door de resultaten die gevonden zijn in de transcripties. Door de onderzoeker zijn allereerst relevant geachte fragmenten uit de interviews gecodeerd, ook wel ‘*open coding*’ genoemd. De volgende stap is het bepalen of de codes de verzamelde gegevens voldoende dekken en indien nodig zijn er nieuwe codes aangemaakt, wat men verstaat onder ‘*axiale coding*’. De derde stap omvat het onderzoeken of de gecodeerde fragmenten en citaten de hoofd- en deelvragen kunnen beantwoorden. In de resultatensectie is per deelvraag beschreven wat er uit de interviews is gebleken. Vervolgens zijn deze resultaten in de discussie op basis van literatuur en gezond verstand geïnterpreteerd, waarbij tevens mogelijke beperkingen gegeven zijn waar de lezer rekening mee dient te houden. Tot slot, zijn de hoofd- en deelvragen in de conclusie beantwoord en kort samengevat.

Resultaten

Dit onderzoek is exploratief en kwalitatief van aard. Het beoogt te verkennen in hoeverre het normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren vanuit de Jeugdwet ook in de beroepspraktijk van de orthopedagoog herkend en onderschreven worden. Tevens wordt onderzocht hoe orthopedagogen zelf naar deze concepten kijken, of er een rol voor de orthopedagoog in de beweging naar normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren is weggelegd, en wat zij hier dan voor nodig zouden hebben. Per deelvraag zijn onderstaand de resultaten weergegeven op basis van de interviews met de orthopedagogen, met aansluitende relevante citaten.

1. “In hoeverre is het normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren van de jeugdsector merkbaar in de beroepspraktijk van orthopedagogen?”



Figuur 2 - Mate van merkbare verandering volgens orthopedagogen (N=19)

In figuur 2 is weergegeven hoeveel orthopedagogen een bepaalde mate van merkbare verandering in het denken zichtbaar terugzien in hun beroepspraktijk (N=19).

Sterk merkbare verandering

Drie orthopedagogen zien dat het normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren sterk terug in hun beroepspraktijk en merken dat er een verandering gaande is betreft de denk- en werkwijze. Zij hebben dit in de volgende citaten aangegeven: *“Dit is ook continu waar we het gesprek met elkaar over hebben, wat zijn de achterliggende zorgen, waar lopen we tegen aan, wat heeft een leerling nodig, en is een ADHD stempel de oplossing?”*

“Binnen het samenwerkingsverband wel heel erg, daar ligt het op de voorgrond. Daar leeft het wel heel erg en daarmee proberen we dat ook richting de scholen uit te dragen.”

“Ik merk dat mensen zeggen van oh overal wordt een label opgeplakt zeg maar, kunnen we niet iets anders doen? Anders moeten we zo lang wachten. Dus in die zin wel.”

Weinig merkbare verandering

Ruim de helft van de orthopedagogen ervaart weinig merkbare verandering binnen hun beroepspraktijk. Zo geeft bijvoorbeeld een orthopedagoog aan dat men toch nog wel vaak denkt vanuit diagnoses: *“De discussie is wel gaande, maar ik merk dat men toch nog wel echt denkt vanuit diagnoses.”* Tevens stellen drie orthopedagogen dat de manier van denken mogelijk te maken heeft met leeftijdsverschil tussen professionals. Zo stelt een orthopedagoog bijvoorbeeld: *“Dat is wel lastig, je hebt met meerdere leeftijden te maken en veel zijn opgeleid in het oude denken. Intern binnen je organisatie heb je te maken met verschillende visies, want die zeggen bijvoorbeeld dat je wel een diagnose nodig hebt. Het oude denken zie je dus terug.”*

Variërend

De overige vier orthopedagogen constateren twee kanten aan de beweging. Aan de ene kant zien zij de beweging naar normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren en aan de andere kant zien zij nog veel professionals en ouders die nog steeds meer aan de kant van het problematiseren zitten. Zo geeft deze orthopedagoog aan: *“Ik zie het allebei gebeuren, mensen die relativeren en mensen die problematiseren.”*

2. “Hoe verhouden orthopedagogen zich tot het normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren van de jeugdsector?”

Alle negentien orthopedagogen hebben aangegeven sterk overtuigd te zijn van het belang van de beweging naar normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren. Een volgend citaat geeft deze overtuiging goed weer: *“Ik deel de inzichten op dit punt overal en altijd met iedereen, misschien tot vervelens toe en ook als ik soms feedback krijg dat ik ‘te idealistisch’ ben en dat dat mooi is, ‘maar ook naïef’. Dat kan me niet schelen, dit is wat ik moet doen. Dat is mijn rol.”*

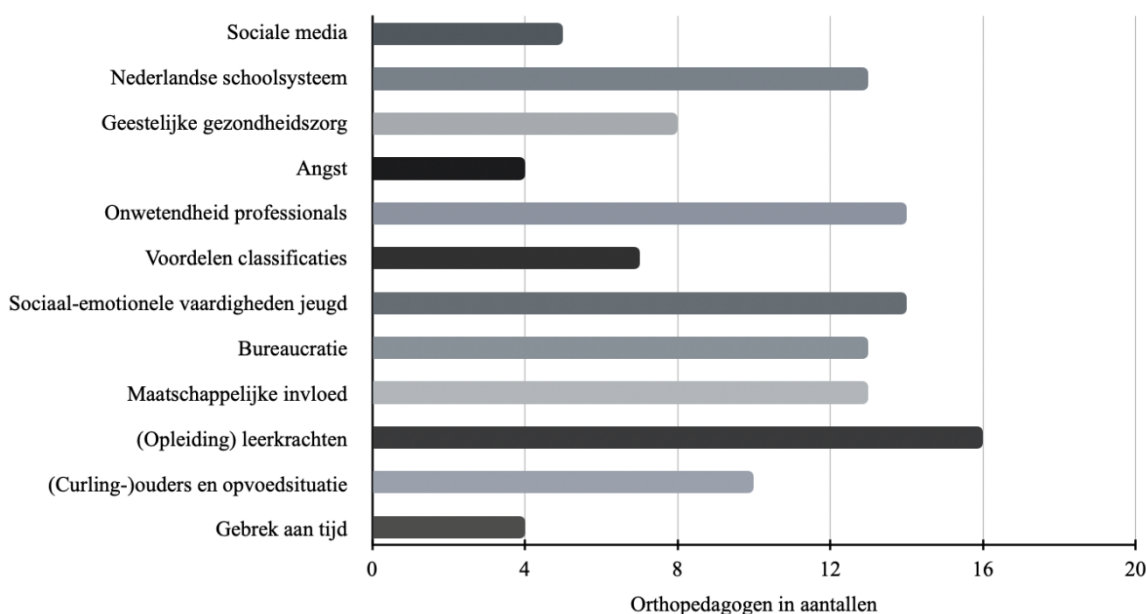
Andere orthopedagogen vertellen hierover als volgt: *“Ik kijk zelf heel kritisch daar naar, wat levert het stempeltje jou op als individu en in jouw systeem, ik denk dat dat iets is wat je dagelijks zelf kan doen. En kunnen we misschien met een beschrijvende diagnose ver komen? Ik ben meer fan daarvan.”*

“De focus ligt veel te veel op dingen die kinderen niet kunnen, terwijl de focus veel meer zou moeten liggen op veerkracht, flexibiliteit en doen wat je wel kan, juist uitgaan van kinderen hun talenten.”

“Waar ik nu werk is een soort bevestiging in wat voor gevoel ik altijd al wel heb gehad, ik had altijd het gevoel toen ik ging werken als orthopedagoog, met het diagnosticeren, classificeren, van waarom doen we dit? Wat zegt dit nou?”

“Het minder problematiseren maar vooral kijken vanuit krachten en wat een leerling nodig heeft om de volgende stap te zetten. Zoveel mogelijk normaliseren, zoveel mogelijk terug in de klas weer, in het reguliere traject. Dat is wel mijn visie ja. Het doel is om de leerling zoveel mogelijk weer op eigen kracht verder te gaan.”

3. “Wat houdt het problematiseren en medicaliseren volgens orthopedagogen in stand?”



Figuur 3 - Factoren genoemd door orthopedagogen (N=19)

Er zijn meerdere factoren genoemd door de orthopedagogen die het problematiseren en medicaliseren in stand houden. Deze zijn in figuur 3 weergegeven. Enkel voor een duidelijker overzicht zijn de factoren weergegeven in verschillende tinten grijs. De X-as laat zien hoeveel orthopedagogen een specifieke factor op de Y-as genoemd hebben. De vier meest genoemde factoren zijn 1) het Nederlandse schoolsysteem, 2) onwetendheid van professionals, 3) de sociaal-emotionele vaardigheden van de jeugd en 4) de (opleiding) leerkrachten. Onderstaand zijn deze vier factoren uitgelicht met relevante citaten uit de interviews.

Nederlandse schoolsysteem

Dertien orthopedagogen geven aan dat het Nederlandse schoolsysteem het problematiseren en medicaliseren in stand houdt. Dit is volgens hen te verklaren door het gebrek aan flexibiliteit, de prestatiedruk, de toetscultuur en de eenzijdige focus op cognitie. Een orthopedagoog stelt:

“Ik vind het nog steeds bizar dat je bijvoorbeeld Wiskunde niet op vmbo niveau kan afronden en Engels op VWO niveau, want welk kind is nou goed in alles? Dus op het moment dat daar de ruimte staat om te voegen naar het profiel van een kind. Dan is het normaal dat je een profiel, dat alles kan. Als je kijkt naar het onderwijs dan vind ik dat echt nog een belemmering in normaliseren. Dat ik denk laten we alsjeblieft erover eens zijn dat niet iedereen door de fuik van het centraal eindexamen past.” De Cito-toets en bijbehorende prestatiedruk zijn tevens genoemd als zijnde belemmerende factoren, een voorbeeld geldt: *“Kinderen op jongere leeftijd zijn allemaal bezig met hoe ze het doen in vergelijking met andere leerlingen. De cito toets is zo’n groot ding geworden. Als dat er weer af kan, ook al die prestatiegroepjes, die prestatiecultuur draagt enorm bij aan al die druk en psychische problemen die jongeren ervaren.”* De andere orthopedagoog slaat bijvoorbeeld aan op het aantal toetsen waar leerlingen zich aan ondervinden: *“Waarom doen we onze kinderen van twaalf tot pak hem beet zeventien het aan om zoveel te toetsen en te verwachten? Het levert niks op, ze gebruiken hun kortetermijngeheugen. De opbrengst is heel gering. De zinvolheid staat wel ter discussie vind ik. Er zijn een heleboel die zitten op een vwo/gymnasium en die werken zich helemaal te pletter. Dat vind ik wel zorgwekkend. Sommige kinderen lopen daar schade van op.”* Bovendien zijn in dit onderzoek vijf orthopedagogen ervan overtuigd dat de eenzijdige focus op cognitieve vaardigheden ter discussie gesteld moet worden. De volgende uitspraken tonen deze overtuiging: *“Het systeem is heel erg prestatiegericht, gericht op cognitieve prestaties en vaardigheden”* en *“Er wordt heel veel nadruk gelegd op cognitieve vaardigheden, ontwikkelen, presteren, waardoor er heel veel druk komt te liggen denk ik op het emotionele vlak”*.

Onwetendheid van professionals

Veertien orthopedagogen vinden dat er een bepaalde onwetendheid bij professionals heerst rondom ontwikkelingen in gedachtegoed binnen het onderwijs en de GGZ. Volgens hen krijgen orthopedagogen in de opleiding soms misleidende of eenzijdige informatie tot zich: *“Ik denk ook nog wel dat, als het over ADHD gaat, dat mensen ook echt nog wel zo opgeleid zijn, dus die informatie als waarheid zien, en in een omgeving zitten die dat zo als waarheden nemen, dan blijft dat ook zo.”* Zo ontstaat er volgens de volgende orthopedagoog een bepaalde koker en wordt er mogelijk te smal gekeken: *“Hè je komt net uit je opleiding en je hebt een soort koker waar je uit komt, maar die koker is te smal. Je moet echt breder gaan denken.”* Bovendien merken orthopedagogen dat een diagnose voor sommige professionals als doel fungeert: *“Wat mensen nog heel erg denken is dat je eerst de diagnose moet hebben, voordat je passende*

behandeling kunt krijgen. Het is heel vaak nog uitsluiten van diagnoses, maar wat is het dan als het dit niet is?"

Sociaal-emotionele vaardigheden van de jeugd

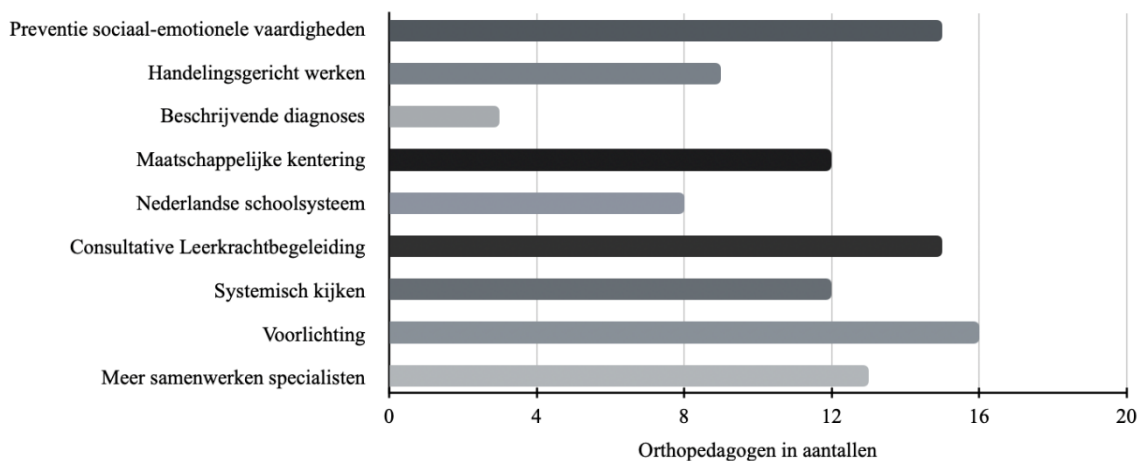
Bijna driekwart van de orthopedagogen vindt dat een deel van de jeugd van tegenwoordig slechts beperkte sociaal-emotionele vaardigheden heeft, met name vaardigheden zoals veerkracht, oplossingsvermogen, emotieregulatie en omgaan met een ander: *"Je ziet veel problematiek in de klas, met hoe gaan we met elkaar om, hoe gaan we om met tegenslagen? Als je ziet hoeveel klachten er nu zijn dat groepen zeggen van oh dit wordt mij allemaal aangedaan. De weerbaarheid is gewoon lager. Veel kinderen hebben stress of zitten in paniek."* En een andere orthopedagoog noemt het als volgt: *"Maar als je nu kijkt van hoe komt het dat er nu zoveel psychische problematiek is, is denk ik omdat kinderen en jongeren te weinig geleerd hebben van hoe ga je nou om met tegenslag? Hoe ga je dingen oplossen op het moment dat je ergens tegenaan loopt wat je nog niet eerder hebt hoeven oplossen? En dan is alleen vanuit de cognitieve vaardigheden niet genoeg, dan heb je ook emoties die erbij komen."*

(Opleiding) leerkrachten

Volgens zestien van de negentien orthopedagogen in dit onderzoek spelen leerkrachten en de docentenopleiding een rol in het problematiseren en medicaliseren. Leerkrachten weten soms niet goed hoe om te gaan met bepaald gedrag van leerlingen en zijn daardoor mogelijk sneller geneigd een verklaring te willen, zo stellen de volgende orthopedagogen: *"Zijn er toch veel leerkrachten die bijvoorbeeld met hun handen in het haar zitten of handelingsverlegen zijn, die vragen naar is er dan iets met het kind? Is er sprake van ADHD of autisme?"* en *"Ik heb wel de indruk dat er bij docenten speelt van wat is er nou met die leerling of dat de behoefte aan bevestiging dat er iets met de leerling is er is. Terwijl dat helemaal niks uitmaakt voor de dagelijkse praktijk, de leerling verandert niet."* Een orthopedagoog die zelf ook docent is (geweest) beschrijft: *"Het is heel verschillend, de ene docent heeft het veel beter in de vingers, en de ander helemaal niet. En dat is vaak geen onwil maar ook gewoon onmacht. Niet weten. Ik ben twaalf jaar docent geweest, ik had gewild dat ik eerder de opleiding orthopedagogiek had gedaan."* Twaalf orthopedagogen vinden dat er te weinig aandacht wordt besteed aan zorg en pedagogiek tijdens de leerkrachtenopleiding: *"In een gemiddelde lerarenopleiding zitten geen vakken gericht op zorg en ondersteuning, op pedagogische begeleiding, dat zijn in de meeste gevallen keuzemodules. Dus ga er maar van uit dat de zeer ervaren docenten echt opgeleid zijn als didacticus."*, waardoor leerkrachten niet voldoende startklaar zouden zijn als het gaat over in de praktijk omgaan met gedrag, zorg en/of problemen bij kinderen en jongeren.

Het volgende citaat licht dit toe: *“Maar heel eerlijk, als je kijkt naar de lerarenopleiding, als je kijkt wat voor klein onderdeelje zorg en pedagogiek heeft, terwijl dat zo’n groot en belangrijk iets is binnen je werkveld. Het is te veel verkokerd in een bepaalde richting denk ik. Daar zou echt nog wat te winnen zijn.”*

4. “Wat zijn volgens orthopedagogen kansen voor het normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren?”



Figuur 4 - Factoren genoemd door orthopedagogen (N=19)

Betreft de vierde deelvraag is in figuur 4 weergegeven welke factoren het meest genoemd zijn. De vier meest genoemde factoren zijn: 1) preventie sociaal-emotionele vaardigheden, 2) consultatieve leerkrachtbegeleiding (CLB), 3) voorlichting en 4) meer samenwerken met specialisten. Deze factoren zijn onderstaand verder toegelicht en tevens aangevuld met citaties.

Preventie sociaal-emotionele vaardigheden

Meer dan driekwart van de orthopedagogen gaf het structureel inzetten op preventie op het gebied van sociaal-emotionele vaardigheden van de jeugd als antwoord op de vraag wat mogelijke kansen zouden zijn voor het normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren. Een orthopedagoog vertelt hierover: *“Ja ik denk dat het veel meer vanuit een groepsaanpak moet worden aangepakt. Dat er gewoon in de klas aandacht wordt gegeven aan van hoe maak je eigenlijk vrienden? Wat is goed om wel te doen of juist niet? En wat vinden we ervan als ik de hele tijd op mijn telefoon zit? Daarin denk ik dat je heel veel kan voorkomen misschien, om in het laagdrempelige te normaliseren.”* Ook andere orthopedagogen vinden dat er een sociaal-emotionele leerlijn in het lespakket zou moeten zitten. Zo is gesteld: *“Maak van ‘zorg voor elkaar’ en ‘levenskunst’ een vak.”* En hoe zou je dat praktisch gezien vormgeven? Daar heeft deze orthopedagoog ideeën over: *“Het stukje preventie voor wat betreft de sociaalemotionele ontwikkelingen zou ook eigenlijk in het lespakket moeten zitten, omdat ze dat van thuis uit niet*

mekrijgen. En dan moet het ook meer zijn dan een uurtje per week he, ik pleit er al heel lang voor dat mentorlessen gegeven worden door andere mensen binnen de school, van mensen die daar verstand van hebben. En niet dat het afhangt van welke mentor je hebt in hoeverre je over emoties of actualiteiten kan praten in zo'n uurtje." Daarbij is aangegeven dat het juist goed zou zijn om dit in de klas te laten plaatsvinden, omdat leerlingen van en met elkaar leren. Zo vertelt een orthopedagoog als volgt: *"Veel mentoren hebben individuele gesprekken met leerlingen. "Terwijl een leerling zit altijd in een groep. Het is denk ik veel waardevoller om juist in een groep te spreken. Leerlingen leren van en met elkaar."* Andere orthopedagogen sluiten hierbij aan, waar de een stelt: *"Je wil aan de ene kant de jongere de vaardigheden aanleren zodat ze hun handelingsrepertoire kunnen vergroten. Dat ze weten hoe ze in situaties kunnen handelen. Het is altijd fijn om in de derde persoon te praten. Dat je interventies doet in de klas, preventief, op het moment dat er nog niks aan de hand is en je investeert in groepsvorming."* Is door een ander het volgende vermeld: *"Ga een vak maken op school waarin dat soort sociaal-emotionele vaardigheden worden aangeleerd. Dat zou iets moois en waardevols zijn."* Samengevat ziet deze orthopedagoog het als volgt: *"Ik zie een middelbare school echt als een samenleving in het klein, ik voel het ook wel om hier het stuk mee te geven die het van huis uit niet mee krijgen."*

Consultatieve Leerkrachtbegeleiding (CLB)

Vijftien orthopedagogen zien kansen in het meer begeleiding bieden van leerkrachten door de orthopedagoog. Zo stelt een van de orthopedagogen: *"Het zou gewoon echt mooi zijn als je CLB kan inzetten, dan ga je met de leerkracht in gesprek van wat zou jij kunnen doen met bepaalde leerlingen, zodat het ook in andere situaties gaat gelden. Zodat zij ook niet meer in diagnoses gaan denken maar in wat heb je nodig. Dat ze weten hoe ze met zo'n kind in de klas moeten omgaan en wat kunnen we inzetten. Wat is helpend om met ouders te bespreken en wat niet."* Deze begeleiding kan op meerdere manieren plaatsvinden, maar omvat een gemeenschappelijk doel dat, indien de leerkracht hier behoefte aan heeft, de orthopedagoog meer naast de leerkracht gaat staan zodat diegene (beter) leert omgaan met bepaald gedrag van leerlingen en het werken in groepsverband: *"Veel leerkrachten weten ook niet altijd hoe om te gaan met leerlingen. Het is heel afhankelijk voor de leerkracht van hoe je wordt begeleid in de school, of er mensen zijn die jou zien, of op het goede moment er iemand is die zegt van kan ik je helpen? Of dat iemand in de klas komt kijken, niet als controleur maar gewoon om te helpen. Dat zou een mooie rol zijn van de orthopedagoog."* Zo geeft de ene orthopedagoog aan meer in de klas aanwezig te willen zijn: *"Ik zou het veel fijner vinden om met een groep mee te lopen en docenten adviezen te geven over hoe om te gaan met de groep."* Een andere orthopedagoog

geeft aan juist ook meer oog te willen hebben ook voor de leerkracht zelf: *“Ook naar leerkrachten toe, wat heeft de leerkracht nodig? Heel vaak zit het ook in een stuk zelfzorg voor de leerkracht. Als die in de stress zit of niet lekker voor de klas staat, dan is het logisch dat dat resoneert naar de kinderen toe.”*

Voorlichting

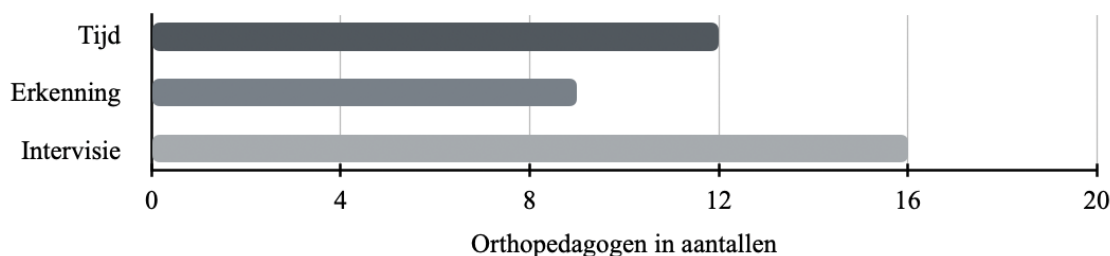
Zestien orthopedagogen vinden dat er meer voorlichting gegeven zou moeten worden: *“Ik denk dat een makkelijke voorlichting zou zijn, het gesprek aangaan.”* Niet alleen aan de professional maar juist ook aan ouders, scholen en leerlingen zelf: *“Voorlichting aan professionals, ouders, scholen, leerlingen, daar liggen kansen.”* Volgens de volgende orthopedagoog mist er een stukje kennis bij scholen en professionals: *“Wel een stukje kennis op scholen, dus ja dat je daarin kunt aanvullen en toevoegen. Vaak als je het uitlegt en begrijpelijk maakt dan is het wel vaak ah oke, we snappen het.”* Orthopedagogen in dit onderzoek zien kansen in het geven van voorlichtingen en scholingen, die kunnen gaan over allerlei onderwerpen: *“Ik denk dat je heel veel hebt aan scholing, dat je kijkt naar waar zitten de issues. Dan kan er vanuit ons een prima scholing gegeven worden. Dat kan voor allerlei onderwerpen. En dan de scholing zodanig invullen dat ze meteen aan de slag kunnen.”* Daarbij zou de volgende boodschap bijvoorbeeld meer uitgedragen moeten worden jegens ouders: *“Informeer ouders over alle mooie en minder mooie kanten van het ouderschap. Prik de roze wolk lek. Leer ouders en andere opvoeders dat het leven slechts beperkt maakbaar is en dat het geen persoonlijk falen is als het een keer minder goed gaat. Zodat ouders zorgen kunnen delen en kunnen ervaren dat bepaalde problemen erbij horen.”*

Meer samenwerken met specialisten

Tot slot geven dertien orthopedagogen aan dat er meer en beter samengewerkt zou moeten worden met specialisten en hulpverlening en dat dit zou bijdragen aan de beweging naar normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren: *“Veel meer samenwerken met organisaties die allemaal een preventieboodschap hebben.”* en *“We moeten meer verenigen, en elkaar scherp houden, van joh let op, wat zijn we aan het doen? Ik denk dat er ook een stukje overkoepelend mist, je zou veel meer moeten samenwerken, overkoepelend gezien, dynamischer te gaan kijken naar het hele systeem, en ik denk dat we daarin nog meer moeten samenwerken. Dus meer breder we moeten ook overkoepelend met elkaar aan de slag.”* Drie orthopedagogen hebben tijdens de interviews onderstaande ideeën gegeven voor de organisatie: *“Ik denk dat heel veel zaken heel veel efficiënter kunnen. Grotendeels van de dag is een kind op school. De driehoek van zorg, onderwijs en thuis zou veel meer ingebakken moeten zijn in ons landelijke beleid. Dat*

een school een x aantal partijen heeft waarmee die samenwerkt, waarmee vanuit de school de zorg opgepakt wordt en dat er nauw wordt samengewerkt.” En “In de ideale wereld zou er vanuit de hulpverlening meer preventief gewerkt kan worden, dat zij meer op scholen aanwezig zijn, er worden wel pogingen gedaan worden. Maar ik denk dat daar wel iets te halen is.” Of “Maar samenwerking met school en zorg, ik denk dat daar nog heel veel winst te behalen valt. Bijvoorbeeld door letterlijk samen te werken in hetzelfde gebouw te zitten, noem het maar. Dat de lijntjes gewoon kort zijn, daar valt denk ik veel winst te halen.”

5. “Wat geven orthopedagogen aan nodig te hebben om in de praktijk meer te kunnen normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren?”



Figuur 5 - Factoren genoemd door orthopedagogen (N=19)

Er zijn drie dingen naar voren gekomen die de orthopedagogen zelf aangeven nodig te hebben om meer te kunnen normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren. Deze zijn weergegeven in figuur 5. Te zien is dat de meeste orthopedagogen behoefte hebben aan (meer) intervisie. Tevens, zijn zowel tijd als erkenning door circa de helft van de orthopedagogen genoemd. Onderstaand zijn alle drie verder toegelicht en aangevuld met bijbehorende citaten.

Tijd

Voor de orthopedagoog in haar functie zou tijd mogelijk anders verdeeld kunnen worden om meer te kunnen normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren, zo stellen twaalf orthopedagogen in dit onderzoek. *“Binnen het onderwijs ook meer tijd, dat de orthopedagoog meer uren krijgt. Niet alleen maar IQ onderzoeken doen want ja, of testen afnemen. Terwijl een orthopedagoog veel meer ook richting de leerkracht kan doen in de vorm van voorlichting of preventieve dingen.”* Er zal één op één begeleiding nodig blijven, maar in sommige gevallen zou de orthopedagoog haar tijd veel efficiënter kunnen indelen volgens deze orthopedagoog: *“De rol van de orthopedagoog in een utopie zou voor mij veel minder leerlingen individueel begeleiden zijn. De balans mag meer naar groepen en docenten bezig zijn, dan met de individuele leerling.”* Zo beschrijft een orthopedagoog: *“En dagelijks denk ik wel van het is zo mooi dat ik*

jou kan helpen, 1 persoon, maar eigenlijk zou het beter zijn als veel mensen dit in het algemeen ook zouden leren.”

Erkenning

Negen orthopedagogen vinden dat er meer erkenning moet komen voor de orthopedagoog in haar functie. Er zou daarbij meer gebruik gemaakt moeten worden van de kennis en kunde in bijvoorbeeld de vorm van scholing, begeleiding en voorlichting: *“Ik denk als het gaat over erkenning, weten wat je in huis zit. Ik ken collega’s die niet genoeg worden erkend in hun expertise. En dat mag wel meer. Het meedenken op beleidsniveau, schoolcultuur, out of the box. Wij hebben natuurlijk een hele andere pet op dan de teamleider.”* Tevens moet de orthopedagoog qua regels meer ruimte krijgen om flexibel en in alternatieven te kunnen handelen: *“En ik denk voor ons als orthopedagogen gewoon dat je de ruimte hebt om te kunnen zeggen van nou ik vind dit niet nodig en ik kan het op andere manieren aantonen en laten zien dat iets nodig is, dat wil ik ook prima op papier zetten maar niet met een diagnose of classificatie.”* Daarvoor is echter wel ook een mate van vertrouwen nodig: *“Een stukje vertrouwen ofzo vanuit de inspectie, dat je als gedragsdeskundige vertrouwen en ruimte krijgt.”* En soms moet je volgens deze orthopedagoog ook wel vertrouwen en ruimte opeisen: *“Als jij vind als professional dat een leerling iets nodig heeft, dan vind ik dat je je daar wel hard voor mag maken. En die rol heb je ook wel.”* Een andere orthopedagoog sluit hierop aan met: *“Ik denk door nog meer onze stem te laten horen, ook richting de overheid. Misschien ons er wel mee gaan bemoeien. Ik denk in Nederland is het vaak zo dat als je maar hard genoeg roept dan word je gehoord, of als je er maar zo hard mogelijk tegen aan schopt dan verandert er misschien iets.”* Volgens deze orthopedagoog komt die erkenning overigens al wel steeds meer: *“Dat is wel schuren maar wij staan wel in positie, en ook steeds meer, zeker nu het ook een BIG-geregistreerde functie is, steeds meer in de positie om daar mandaat op te hebben. Wij vinden gewoon dat dit nodig is.”*

Intervisie

Het overgrote deel van de orthopedagogen geeft aan behoefte te hebben aan meer intervisie en sparringpartners. Meerdere orthopedagogen geven aan het prettig te vinden: *“Voor mezelf sparringpartners, gelijkgestemden of juist tegengas-gevers, dat zou heel fijn zijn.”* En *“Ik heb wel behoefte aan meer intervisie en casusbespreking. Wat doet een ander in een bepaalde situatie, waar ligt je grens? Wanneer doe je iets wel en wanneer niet? Sparren over onderwerpen als normaliseren etc.”* Middels intervisie kunnen actuele onderwerpen als de beweging naar normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren besproken worden tussen

professionals en brengt het mogelijk nieuwe inzichten: *“Ik denk juist door intervisies en sparren kan je denk ik heel goed dit soort onderwerpen bespreken en leren. Het is meer dan alleen wat je uit de opleiding krijgt.”* – aldus een orthopedagoog. Een orthopedagoog beschrijft daarbij het belang van intervisie vanuit eigen ervaring: *“Wij hebben nog het geluk dat we met zeventien orthopedagogen zijn waarbij je met elkaar ook spart en deskundigheid bevordert. En dan niet van je gaat een dagje naar een congres, maar echt met elkaar de deskundigheid opzoeken.”* Een andere orthopedagoog benadrukt het belang van intervisie tussen professionals van verschillende leeftijden: *“Juist die intervisie met ook jongere collega’s is zo belangrijk en had ik zo fijn gevonden destijds ook.”* Het doel van intervisie beschrijft de volgende orthopedagoog: *“Elkaar ook scherp houden op jongens we hebben een groter doel met elkaar, niet klakkeloos elke hulpvraag aannemen, ga het eens verkennen. We hebben een punt op de horizon gezet met elkaar. Als orthopedagoog alleen kun je het verschil niet maken, daar hebben we elkaar voor nodig, dus intervisie tussen allerlei professionals zou helpend zijn.”* Het volgende zou kunnen leiden tot een begin: *“Concrete eerste stappen nu zouden zijn dat we moeten gaan kijken van hoe kunnen we verbinding gaan zoeken met elkaar? Een soort kennisgroep, van we moeten gaan zitten met elkaar. En niet elke dag maar weer doorgaan met de stapel die er ligt en die proberen weg te werken. Maar gewoon achterover zitten, even afstand nemen en overleggen. Denk dat dat een hele mooie is.”*

Discussie

De onderzoeksresultaten worden in de volgende sectie per deelvraag helder en diepgaand ingebed in de bredere theoretische context of evidentie uit andere studies. Op basis van het analytische vermogen, een kritische houding en het gezonde verstand van de onderzoeker is geprobeerd om per deelvraag mogelijke verklaringen te geven voor de resultaten. Daarbij is er gekeken in hoeverre de resultaten terug te herleiden zijn naar het theoretisch kader in de inleiding.

Betreffende de eerste twee deelvragen, is gebleken dat de beweging naar normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren nog maar weinig merkbaar is in de beroepspraktijk van de orthopedagoog. Ruim de helft geeft aan niet tot weinig te merken dat er een verandering in gedachtegoed is. Dit lijkt overeen te komen met het recente onderzoek van het onderzoeks- en adviesbureau Andersson Elffers Felix (AEF) samen met het Verwey-Jonker Instituut. Hieruit is gebleken dat concepten als normaliseren en het benadrukken van de eigen krachten van individuen op landelijk- en lokaal niveau minder goed en concreet te operationaliseren zijn, waardoor er in de praktijk minder aandacht aan gegeven wordt (Hilderink et al., 2020). Daarentegen, alle orthopedagogen in dit onderzoek herkennen en onderschrijven de beweging naar normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren.

Binnen dit onderzoek gelden echter meerdere beperkingen die mogelijk van invloed zijn op de onderzoeksresultaten. Deze beperkingen zijn onderstaand verder toegelicht.

Beperkingen en krachten van het onderzoek

De lezer dient met de volgende beperkingen van het onderzoek rekening te houden. Op basis van deze beperkingen worden vervolgens aanbevelingen gedaan voor vervolgonderzoek.

Er zijn een aantal beperkingen te noemen betreft de steekproefomvang in dit onderzoek. Dit onderzoek is het kwalitatief van aard waardoor met een zeer beperkt aantal orthopedagogen is gesproken. Bovendien, omvat het onderzoek geen replicaties. Hierdoor zijn de onderzoeksresultaten mogelijk minder betrouwbaar en kan er in mindere mate gegeneraliseerd worden. De orthopedagogen in dit onderzoek zijn daarbij werkzaam in gemeentes in de provincies Groningen, Friesland, Gelderland, Overijssel en Noord-Nederland. Sinds de invoering van de Jeugdwet in 2015, kunnen gemeenten sterk van elkaar verschillen betreffende de inrichting van het onderwijs en de jeugdzorg. Dit bemoeilijkt eveneens het generaliseren naar orthopedagogen werkzaam in andere gemeenten. Bovendien, doordat er een sneeuwbalsteekproef heeft plaatsgevonden, was een kwart van de orthopedagogen vanuit hetzelfde expertiseteam werkzaam binnen het Voortgezet Onderwijs in een bepaalde gemeente.

Daarbij was de verdeling van werksectoren van de orthopedagogen in zijn geheel niet gelijk. Het overgrote deel was namelijk werkzaam binnen diverse typen onderwijs, waardoor mogelijk onderwijs gerelateerde resultaten sterker naar voren zijn gekomen. Aannemelijk is dat de werkomgeving invloed heeft op de werk- en zienswijze van orthopedagogen, wat generalisatie naar andere orthopedagogen en werksectoren bemoeilijkt. Er heerst hierdoor mogelijk in dit onderzoek een bepaalde eenzijdigheid. Daarbij heeft een aantal orthopedagogen gereageerd op de oproep op LinkedIn. Het zou kunnen zijn dat denkwijze en motivatie van invloed zijn op het al dan niet bereid zijn deel te nemen aan een onderzoek.

Doordat er slechts één onderzoeker was, zijn de transcripties enkel door de onderzoeker geanalyseerd en gecodeerd. Mogelijk door een ‘confirmation bias’ is de neiging ontstaan om informatie te zoeken op een manier die bestaande overtuigingen van de onderzoeker ondersteunt. In hoeverre de resultaten zijn vertekend, hangt tevens samen met de manier waarop vragen zijn gesteld en hoe er gereageerd is op antwoorden, ook wel de ‘interviewersbias’ genoemd. Door de onderzoeker is echter geprobeerd een neutrale houding aan te nemen tijdens de interviews en doordat er gebruik gemaakt is van semigestructureerde interviews, is er veel ruimte geweest voor de orthopedagogen om uitgebreid te vertellen over eenieders opvattingen en ervaringen.

3. “Wat houdt het problematiseren en medicaliseren volgens orthopedagogen in stand?”

In de resultaten zijn de vier meest genoemde factoren verder uitgelicht, die het problematiseren en medicaliseren in stand zouden houden, waardoor de beweging minder merkbaar is: het Nederlandse schoolsysteem, onwetendheid van professionals, sociaal-emotionele vaardigheden van de jeugd en de (opleiding van) leerkrachten. Deze resultaten zijn onderstaand verder beschreven en ter discussie gesteld.

Nederlandse schoolsysteem

Ruim twee derde van de orthopedagogen uit dit onderzoek noemt het Nederlandse schoolsysteem, wat volgens hen verklaard kan worden door onder andere het gebrek aan flexibiliteit, de prestatiedruk, de toetscultuur en de eenzijdige focus op cognitie. Een aantal van deze gebreken is al kort even genoemd in het theoretisch kader. Zo zouden examens en toetsen leiden tot een ‘versmalling’ van het onderwijs en is er sprake van ‘toets gekte’ en ‘doorgeschoten rendement denken’ (Scheerens et al., 2019). De nadruk binnen het onderwijs ligt volgens Bloemink (2018) op het individuele en cognitieve presteren van kinderen. Hierdoor ontwikkelen kinderen volgens haar mogelijk minder empathie, hangt er te veel af van scores en vallen kinderen – die niet passen in de (steeds smallere) fuik van ‘normaliteit’ – sneller buiten

de boot. Het moment van bepaling van het toekomstige leerniveau van een kind middels de Cito-toets wordt door Swierstra et al. (2008) als voorbeeld gegeven, waar de scores tevens de status van een school zouden bepalen. Zowel de voorstanders van vernieuwingsonderwijs, als die van de klassieke school zijn het eens dat het rendement van het Nederlandse onderwijssysteem niet hoog genoeg is. Van Herpen (2012) verklaart dit onder andere doordat het systeem zich nauwelijks heeft aangepast aan veranderende omstandigheden en heeft het sterke overeenkomsten met het psychiatrisch stelsel. Scheepers (2021) zoekt de verklaring in dat er een steeds grotere druk (over)heerst op scholen en hun leerlingen, universiteiten en sportclubs, om uit te blinken met meetbare prestaties. Zij beschrijft de situatie als volgt: er wordt gewerkt en gedacht vanuit een norm, waarbij vragenlijsten en testen laten zien hoe een kind scoort. Tevens kan de norm doen opschuiven omdat steeds meer richting die norm geduwd worden middels bijlessen, begeleiding, trainingen en oefenprogramma's. Met als gevolg dat er steeds meer training en begeleiding nodig is om hetzelfde effect te krijgen, want als er eenmaal een norm is gesteld, en de afwijking is groot, wordt diegene al snel bestempeld als problematisch en wordt het 'herstellen' ervan prioriteit (Scheepers, 2021). Vergelijkbare situaties zijn tevens door orthopedagogen in dit onderzoek geschetst.

Onwetendheid van professionals

Meerdere orthopedagogen in dit onderzoek stellen dat er een bepaalde onwetendheid heerst bij professionals. Zo is bijvoorbeeld verteld dat in de koffiekamer en op de wandelgangen soms gesproken wordt over kinderen als zijnde hun diagnoses, bijvoorbeeld in termen van: 'die ADHD'er'. Naast een bepaalde mate van gemak, zou een mogelijke verklaring hiervoor kunnen zijn is dat veel professionals van boven een bepaalde leeftijd nog zijn opgeleid in het 'oude' denken'. De taal van achterstanden en deficiënties is daarbij langere tijd heel normaal geweest, dat er regelmatig gecommuniceerd werd in 'aantallen zorgleerlingen' en 'rugzakjes': "*Ik heb 4 kinderen met een rugzakje*" (van Herpen, 2012). Een diagnose fungeerde tot 2015 nog als noodzakelijk middel om vergoedingen en/of extra ondersteuning te krijgen, waardoor er mogelijk sneller gesproken wordt in hokjes en in aantallen. Het is bovendien aannemelijk dat aan het begin van een transformatie niet direct alle (of het merendeel van de) neuzen dezelfde kant op staan, daar gaat tijd overheen en zijn gesprekken voor nodig. Lector Jeugd bij Hogeschool Windesheim Bert Wienen (2021) stelt hierover: "*Spreken over kinderen en jongeren in medische en diagnostische termen is niet neutraal. Juist nu we zoveel aandacht hebben voor 'achterstanden', is het belangrijk om te stoppen met diagnostische taal en labels binnen de context van het onderwijs.*"

Sociaal-emotionele vaardigheden van jeugd

Mogelijk worden emoties en/of tegenslagen sneller geproblematiseerd omdat de vaardigheden om adequaat om te gaan met tegenslagen, emoties en/of gedachten, minder ontwikkeld zijn (Badou & Day, 2021). Bijna driekwart van de orthopedagogen in dit onderzoek geeft dit als mogelijke verklaring voor dat steeds meer menselijke moeilijkheden en problemen worden *geframed* als een psychiatrische aandoening of stoornis (Jenkins et al., 2009; Kessler et al., 2005; Leslie & Wolraich, 2007; Batstra, 2018).

Ouders en opvoedsituatie zijn hierbij van grote invloed, aldus de helft van de orthopedagogen in dit onderzoek. Zo is door hen bijvoorbeeld de term ‘curlingouders’ genoemd, wat het pampieren en overmatig beschermen van kinderen zou omvatten. Mogelijk ontwikkelen kinderen hierdoor minder tolerantie voor stress en tegenslagen. Een aantal orthopedagogen stelt bovendien dat de ontwikkeling van emotionele problemen niet losgezien kan worden van de maatschappelijke context, wat tevens wordt beschreven in het ecologisch model van Bronfenbrenner (1979). Dit model stelt dat de cognitieve en sociaal-emotionele behoeften van de leerlingen (microniveau), de directe omgeving (mesoniveau) en het maatschappelijke discours (macroniveau) nauw met elkaar samenhangen. Daarbij zijn niet alleen persoonlijke kenmerken, familie en de peergroup invloedrijke factoren op de socialemotionele ontwikkeling van kinderen, maar spelen ook de zogenaamde distale factoren als de leefomgeving, de schoolcultuur, economische omstandigheden en de mate van cohesie in de samenleving een belangrijke rol (Van Overveld, 2014). Het model van Bronfenbrenner (1979) is indirect terug te vinden in een van de kernconcepten bij de invoering van de Jeugdwet in 2015. Een belangrijke opdracht was namelijk om meer systemisch te werk te gaan.

(Opleiding) leerkrachten

Het overgrote deel van de leerkrachten vindt het niet gemakkelijk om in de klas te werken met leerlingen met zogenoemde gedragsproblemen, zo stellen orthopedagogen in dit onderzoek. Soms kan een verwachting zakken na een diagnosestelling (de bevestiging in wat kinderen niet kunnen) (van Herpen, 2012). Het concept ‘*selffulfilling prophecy*’ of het zogenoemde ‘*pygmalion effect*’ verwijst daarbij naar situaties waarin de verwachtingen van een leerkracht over een leerling er toe kunnen leiden dat de leerling zich naar deze verwachtingen gaat gedragen (Jussim, 1986; van Herpen, 2012). Tevens speelt het transactioneel model mogelijk een rol, dat stelt dat leerkracht-leerling interactie afhangt van de match tussen het gedrag van het kind en de eigenschappen van de leerkracht (Chess & Thomas, 1977; Koomen & Taal, 2006). De orthopedagogen in dit onderzoek stellen dat de opleiding tot leerkracht te weinig

vakken rondom pedagogiek en zorg aanbiedt, terwijl dit een groot deel van de praktijk omvat. In alle onderwijssectoren geven leraren bovendien aan dat zij behoefte hebben aan ondersteuning (Haassen et al., 2020). Dit zou een verklaring kunnen zijn dat er vanuit leerkrachten nog te veel vanuit diagnoses gedacht wordt.

4. “Wat zijn volgens orthopedagogen kansen voor het normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren?”

Preventie sociaal-emotionele vaardigheden

De toenemende kansenongelijkheid, toenemende mentale druk bij jongeren en de coronacrisis laten zien hoe belangrijk investeren in het welbevinden van kinderen en jongeren is (Steinweg et al, 2021). Orthopedagogen uit dit onderzoek stellen eveneens dat het onderwijs veel meer bezig zou moeten zijn met de sociaal-emotionele vaardigheden van leerlingen, in plaats van enkel cognitieve vaardigheden aanleren. Borkowski, Smith en Akai (2007) bepleiten al langere tijd dat de eenzijdige focus op rekenen, taal en lezen geen recht doet aan de ontwikkeling van kinderen en daarom pleiten zij voor een meer holistische kijk. De school is daarbij een belangrijke plek om alle leerlingen de kans te bieden zich betreft sociaal gebied optimaal te ontwikkelen, passend bij hun achtergrond en capaciteiten (Badou & Day, 2021; Van der Ploeg, 2019), waarbij kind zich ontwikkelt in onder andere de klas (Bronfenbrenner, 1979; Grietens, & Hellinckx, 2005; Kamsma & Dogterom, 2013). Het maakt voor de ontwikkeling van kinderen veel uit hoe de relaties zijn met klasgenoten en leerkrachten. Van belang is een klasklimaat waarin leerlingen zich thuis voelen en persoonlijke ervaringen uitwisselen (Van der Ploeg, 2019; Kamsma & Dogterom, 2013; Wentzel, 2009). Een review van onderzoeken uit de V.S. (Payton et al, 2008) laat zien dat als scholen een effectieve brede aanpak hebben gericht op psychisch welbevinden, dit leidt tot 11 procent toename van leerprestaties, 25 procent toename van sociale en emotionele vaardigheden en 10 procent afname van probleemgedrag en angst- en depressieklachten (Steinweg et al, 2021). Onderzoek (Boerefijn, 2018) laat tevens zien dat het resultaat van een dergelijke preventie is dat leerlingen beter in hun vel zitten, beter opgewassen zijn tegen problemen en verleidingen in het leven, zich meer verbonden voelen met school en een hoger welbevinden ervaren. Vanuit haar pedagogische taak kan het onderwijs dus van grote waarde zijn bij voorkomen én aanpakken van gedragsproblematiek van jeugdigen (Van Overveld, 2014) en het bevorderen van een gezonde sociaal-emotionele ontwikkeling van leerlingen, bijvoorbeeld: hoe ga ik om met mijzelf en de ander? (Bronfenbrenner, 1979; Grietens, & Hellinckx, 2005; Kamsma & Dogterom, 2013).

Consultatieve Leerkrachtbegeleiding (CLB)

Het meer en beter begeleiden van leerkrachten en dus meer naast de leerkracht staan zou volgens de orthopedagogen uit dit onderzoek tevens bijdragen aan het meer normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren. De orthopedagoog komt nu veelal in beeld wanneer het niet goed zou gaan met een individuele leerling. Vaak komt deze vraag dan vanuit de leerkracht zelf. Zoals al eerder genoemd door een aantal orthopedagogen uit dit onderzoek, besteed de opleiding tot leerkracht tot op heden slechts beperkte aandacht aan het stukje pedagogiek en zorg. Het stukje onbegrip zou daarbij een mogelijke verklaring kunnen zijn voor dat leerkrachten mogelijk sneller geneigd zijn gedrag te problematiseren en medicaliseren.

Voorlichting

Er liggen volgens zestien orthopedagogen in dit onderzoek kansen in het bieden van voorlichting aan andere professionals, scholen, instanties, met ouders kinderen en jongeren zelf. Om de beweging meer uit te kunnen dragen, is het van belang dat het gesprek meer gevoerd zou moeten worden. Op deze manier kunnen adequate cijfers en kennis gedeeld worden en worden mensen op de hoogte gehouden van recente ontwikkelingen. Zo stellen een aantal orthopedagogen dat doordat zij zelf het gesprek aan gaan, uitleg geven, met cijfers komen, mensen beter snappen waarom er niet meteen naar een diagnose gezocht wordt en wat de gedachten zijn achter alternatieve stappen. Uit dit onderzoek is gebleken dat er een bepaalde mate van onwetendheid heerst bij onder andere professionals, dit zou mogelijk te maken kunnen hebben met dat er te weinig voorlichting en ‘psycho-educatie’ plaatsvindt. Voorlichting richt zich tevens op informatieoverdracht ten einde keuzen te kunnen maken, de zelfstandigheid te bevorderen en de autonomie te versterken. In het verlengde hiervan kan psycho-educatie worden omschreven als een voorlichtingsactiviteit die het maken van verantwoorde keuzen door anderen zelf bevordert (Peperstraten, 2012). Doordat meer mensen begrijpen waarom de beweging al dan niet van belang is, ontstaat er mogelijk een bepaalde mate van bewustzijn en kunnen individuen beter zelf verantwoordelijke en gedegen keuzes maken.

Meer samenwerken met andere specialisten

Eén enkele discipline kan geen oplossingen bedenken voor complexe onderwijs- en opvoedsituaties, maar door samenwerken wordt meer kracht gebundeld en wordt er meer bereikt in passend onderwijzen en ondersteunen voor alle leerlingen (Warren, 2005). In dit onderzoek geven dertien orthopedagogen aan dat hier kansen liggen, omdat dit tot op heden nog in mindere mate gebeurt. Binnen de jeugdgezondheidszorg worden problemen en risico's vroegtijdig gesignaleerd. Een dialoog binnen- en met de jeugdgezondheidszorg en het

onderwijs kan van belang zijn om vast te stellen op welke risico's dat signaleren is gericht en welke afwijkingen van gemiddelden als 'normaal' worden geaccepteerd (Gilsing, 2019) Daarbij kan inzet van jeugdhulpverlening in het onderwijs bijdragen aan het waarborgen van de ontwikkeling en ontplooiing van kinderen met een extra zorg- of ondersteuningsbehoefte (Jonkman et al., 2021; Barrett et al., 2018). Aan jeugdhulpverlening worden echter nog weinig vragen gesteld gericht op preventie van probleemgedrag en het stimuleren van positief gedrag in de klas, terwijl zij sinds de wet Passend Onderwijs de ideale partner met expertise op dit gebied zouden kunnen zijn (Haasen et al, 2022). Een mogelijke verklaring voor dat het tot op heden nog in mindere mate gebeurt, is dat het als moeilijk wordt ervaren (Weist et al., 2012). Verschillende professionals hebben hun eigen taal en cultuur wat soms een mis-match oplevert en samenwerken belemmert (Michael et al., 2014). Interprofessioneel samenwerken vraagt van professionals, zeker als er nog geen relatie bestaat, een zorgvuldig proces van opstarten (Van Swet, 2017). Het vraagt om de bereidheid om over de grenzen van de eigen professionaliteit te stappen (Snoek, 2013).

5. “Wat geven orthopedagogen aan nodig te hebben om in de praktijk meer te kunnen normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren?”

Tijd

Het wordt vaak gezien als een banaal iets, er is namelijk altijd meer tijd nodig. Dat de orthopedagoog meer tijd nodig zou hebben om meer te kunnen normaliseren en de-medicaliseren, is dan ook met gezond verstand te relativieren en rationaliseren. De gedachte achter meer tijd hebben ligt echter in het van mens tot mens contact, het meer in verbinding staan met elkaar en minder snel vanuit systemen te handelen. Zoals een van de orthopedagogen daarover stelt: *“Het gaat over mens tot mens contact en de relatie, dat is ook ons vak. En dan is het vreemd dat we daar zelf niet voor gaan staan, dan moet daar ook een voorwaarde gescheppt worden om dat te kunnen doen.”* Enerzijds geven orthopedagogen aan meer tijd nodig te hebben, in de zin van bijvoorbeeld meer uren krijgen op een school. Hierdoor wordt er mogelijk minder snel gehandeld vanuit diagnoses, omdat er ruimte is om puzzels van andere kanten te bekijken. Anderzijds is een andere invulling van de beschikbare tijd genoemd. Waar de orthopedagoog nu vaak in beeld komt bij individuele casussen, zou deze ook breder inzetbaar zijn. De vaardigheden en tools die eenieder tijdens één op één begeleiding toegereikt krijgt, zouden ook heel veel andere kinderen en jongeren bij gebaat zijn. Het wordt bijvoorbeeld steeds duidelijker dat het feitelijke werk van onder andere de orthopedagoog binnen het onderwijs ten

dienste moet staan van de leerling en diens schoolgang, daarmee ook ten dienste van de leerkrachten en de school (Ledoux & Waslander, 2020).

Erkenning

De orthopedagoog moet meer erkend worden in haar functie, zo stelt een groot deel van de orthopedagogen in dit onderzoek. Daaraan ten grondslag ligt een bepaalde mate van vertrouwen, die zou leiden tot meer vrijheid en flexibiliteit voor de orthopedagoog om meer mee te kunnen bewegen naar normaliseren en de-medicaliseren. Daarbij is in dit onderzoek gesteld dat de orthopedagoog zelf ook dit vertrouwen meer zou moeten opeisen, waar nodig meer buiten de lijntjes gekleurd mag worden in plaats van vast te houden aan alle bureaucratie. Zoals aangegeven door een orthopedagoog in dit onderzoek, komt deze erkenning steeds meer. Een mogelijke verklaring hiervoor zou kunnen zijn dat per 1 januari 2020, de orthopedagoog-generalist (OG) is opgenomen in de wet BIG als een artikel 3-beroep. Orthopedagogen-generalist kunnen sinds 1 januari 2020 een aanvraag voor BIG-registratie indienen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2019).

Intervisie

Volgens een groot deel van de orthopedagogen zou intervisie bijdragen aan het meer in gesprek gaan met eenieder, elkaar te helpen aan de grenzen van andermans mogelijkheden en collectief de juiste stip op de horizon te zetten. Vanuit gezond verstand kan dit worden verklaard, doordat recente ontwikkelingen in de beroepspraktijk van de orthopedagoog gedeeld kunnen worden. Orthopedagogen kunnen met elkaar tijdens deze intervisies sparren over dit soort onderwerpen en daardoor van en met elkaar leren. De veranderende samenleving vereist veranderingen in werk- en denkwijze en aanpak. In het onderzoeksrapport van het AEF werd gesteld dat dit goede, ervaren professionals vereist met voldoende kennis over het zorglandschap om oversignalering en over-diagnose te voorkomen. Tot slot, werd gesteld dat professionals zouden moeten worden opgeleid in normaliseren, zodat zij beter in staat zijn om in de praktijk in samenspraak met jeugdigen en gezinnen hulp en ondersteuning te organiseren op een manier waarop de zelfredzaamheid van het gezin wordt versterkt (Hilderink et al., 2020).

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

Het huidige onderzoek schetst een voorzichtig beeld in hoeverre het normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren vanuit de Jeugdwet herkend en onderschreven worden in de beroepspraktijk van de orthopedagoog. Dit onderzoek biedt mogelijk relevante en waardevolle aanwijzingen voor vervolgonderzoek. Enerzijds voor het verder uit kristalliseren van zowel de factoren die het problematiseren en medicaliseren in stand zouden houden als de kansrijke factoren. Anderzijds om de beweging beter en meer concreet te kunnen operationaliseren.

Methodologisch gezien zou een aanbeveling zijn om de steekproefomvang te vergroten. Tevens, in vervolgonderzoek zou meer rekening gehouden moeten worden met een gelijke verdeling tussen werksectoren. Mogelijk hangt de visie van professionals namelijk samen met de werkplek en doelgroep. Om in vervolgonderzoek de betrouwbaarheid te vergroten wordt aanbevolen het onderzoek over langere tijd te laten plaatsvinden, en met meerdere herhalingen te doen. Op deze manier kunnen ontwikkelingen en diens verloop betreffende de beweging naar normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren meer aan het licht komen. Daarbij zou het verstandig zijn om in vervolgonderzoek meerdere onderzoekers te betrekken, zodat de analyse van resultaten niet enkel door één onderzoeker gedaan wordt. In dit onderzoek is enkel gesproken met orthopedagogen. Het zou voor vervolgonderzoek daarom interessant zijn om ook andere professionals binnen het onderwijs en de jeugdzorg te interviewen. Door vervolgonderzoek meer af te bakenen, kunnen concretere conclusies en aanbevelingen gegeven worden. Een voorbeeld is dat er nog maar weinig onderzoek gedaan is naar de mechanismen die van belang zijn bij het samenwerken in het onderwijs (Mellin, 2009; Lockhart, 2017). Door vervolgonderzoek hier op te richten, kunnen concrete aanbevelingen gegeven worden over hoe het onderwijs en de jeugdzorg bijvoorbeeld meer zouden kunnen samenwerken.

Conclusie

Dit verkennend onderzoek geeft heel voorzichtig aanwijzingen dat het normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren van de jeugdsector (nog) in mindere mate wordt herkend en onderschreven in de beroepspraktijk van orthopedagogen. Het lijkt een weerbarstig proces te zijn om deze beweging door te vertalen naar de dagelijkse praktijk. Enerzijds omdat het concept op landelijk- en lokaal niveau mogelijk nog minder goed geoperationaliseerd is. Anderzijds omdat bepaalde maatschappelijke-, sociale- en educatieve krachtenvelden het problematiseren en medicaliseren in stand zouden houden. Daarentegen zien de orthopedagogen in dit onderzoek mogelijke kansen om meer mee te kunnen bewegen naar normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren. Tot slot, lijkt er bij orthopedagogen een bepaalde behoefte te zijn om meer in gesprek te gaan met andere professionals en beroepspraktijken. Door meer samen te werken en gebruik te maken van elkaars kennis en kunde, zien zij kansen om elkaar te kunnen helpen aan de grenzen van andermans mogelijkheden. Het is echter belangrijk om rekening te houden met verschillende beperkingen van dit onderzoek. Gericht vervolgonderzoek zou zowel de risicovolle- als kansrijke factoren verder uit kunnen kristalliseren en tevens de drie kernconcepten beter en concreter te operationaliseren. Het wordt daarbij sterk aangeraden om in vervolgonderzoek de omvang van de steekproef te vergroten en de verdeling van verschillende werksectoren meer gelijk te trekken.

REFERENTIES

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (10). Washington, DC: American psychiatric association.
- Badou, M., & Day, M. (2021). *Kansengelijkheid in het onderwijs. Verkennend onderzoek naar factoren die samenhangen met onderwijs(on)gelijkheid*. Verwey-Jonker Instituut: Utrecht.
- Balans. (2020, 15 april). 'Alleen een label als het bijdraagt aan overzicht, inzicht én uitzicht'. Geraadpleegd van <https://balansdigitaal.nl/magazine/alleen-een-label-als-hetbijdraagt-aan-overzicht-inzicht-en-uitzicht>
- Barrett, S., Eber, L., Perales, K., & Pohlman, K. (2018) *Fact Sheet Interconnected Systems Framework 101: An Introduction*. Pacific Southwest: Mental Health Technology Transfer Center Network.
- Batstra, L., Hadders-Algra, M., Nieweg, E., Van Tol, D., Pijl, S. J., & Frances, A. (2012). Childhood emotional and behavioral problems: reducing overdiagnosis without risking undertreatment. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 54(6), 492-494. doi:69-8749.2011.04176.x
- Batstra, L., & Frances, A. (2013). Psychiatrische overdiagnostiek voorkomen zonder onderbehandeling te riskeren. *De Psycholoog*, 48(6), 10-17.
- Batstra, L. (2018). Van psychiatrische kinderziekten naar sociale en maatschappelijke problemen. In *Écht doen wat nodig is: Pleidooi voor kleinschalige effectieve jeugdhulp*. Stichting Beroepseer.
- Bloemink, S. (2018). *Diagnosedrift: Hoe onze labelcultuur kinderen tekort doet*. Amsterdam: University Press.
- Boer, M., Van Dorsselaer, S., De Looze, M., De Roos, S., Brons, H., Van den Eijnden, R., Monshouwer, K., Huijnk, W., Ter Bogt, T., Vollebergh, W., & Stevens, G. (2022). HBSC 2021. *Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*. Universiteit Utrecht: Faculteit Sociale wetenschappen: Utrecht.
- Boerefijn, I. (2018). Implicaties voor gemeentelijk beleid: Mensenrechten bij zelfstandig wonen en maatschappelijk participeren. *Sociaal Bestek*, 80(1), 50-53. doi:10.1007/s41196-018-0007-9
- Borkowsky, J.G., Smith, L.E., & Akai, C.E. (2007). Designing effective prevention programs: how good science makes good art. *Infants & Young Children*, 20(3), 229-241. doi:10.1097/01.IYC.0000277754.16185.6b

- Braun, V., & Clarke, V. (2006) *Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101, doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Harvard university press.
- Centraal Bureau voor de Statistiek. (2021, 30 april). Jeugdhulp 2020. Geraadpleegd van <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/rapportages/2021/jeugdhulp-2020/1-jongerenmet-jeugdhulp>
- Chess, S., & Thomas, A. (1977). Temperamental individuality from childhood to adolescence. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 16(2), 218-226. doi:10.1016/S0002-7138(09)60038-8
- Clark, J. (2014). Medicalization of global health 1: has the global health agenda become too medicalized? *Global Health Action*, 7(1), 23998. doi:10.3402/gha.v7.23998
- Danielson, D., Lynn, S.J., & Ellis, A. (2010). *Rational and irrational beliefs*. New York: Oxford University Press.
- De Graaf, R., Ten Have, M., Van Gool, C., & Van Dorsselaer, S. (2012). Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(2), 203-213. doi:10.1007/s00127-010-0334-8
- Derksen, J. J. L. (2015). *Iedereen een psychische aandoening. Een visie op 35 jaar ambulante ggz*. Utrecht: De Tijdstroom Uitgeverij BV.
- Denys, D. (2018). Het is niet normaal om mooi en succesvol te zijn en alles onder controle te hebben. Geraadpleegd van: 'Het is niet normaal om mooi en succesvol te zijn en alles onder controle te hebben' - NRC
- Einder, K., & Blokland, R. (2022). Wat is er mis in jeugdzorg (en zijn de problemen wel op te lossen)? Opgehaald van Wat is er mis in jeugdzorg (en zijn de problemen wel op te lossen)? | Binnenland | NU.nl
- Frances, A. J., & Widiger, T. (2012). Psychiatric diagnosis: Lessons from the DSM-IV past and cautions for the DSM-5 future. *Annual review of clinical psychology*, 8, 109-130. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032511-143102
- Frances, A. (2013). The new somatic symptom disorder in DSM-5 risks mislabeling many people as mentally ill. *Bmj*, 346. doi:10.1136/bmj.f1580
- Gezondheidsraad. (2014). *Analyse van de literatuur over de behandeling van ADHD; achtergronddocument, A14/01*. Den Haag: Gezondheidsraad.

- Grietens, H., & Hellinckx, W. (2005). Kinderen en jongeren met gedragsproblemen. In H. Grietens, J. Vanderfaeille, W. Hellinckx, & W. Ruijsenaars (Eds.), *Handboek orthopedagogische hulpverlening – 1: Een orthopedagogisch perspectief op kinderen en jongeren met problemen*. (19-63). Leuven, België: Acco.
- Haasen, M., Leenders, H., Diemel, K., Delsing, M., & Van den Bergh, L. (2020). *Jeugdhulpverlening in de school: Samen praten en vooral samen doen*. Nationaal Regieorgaan Onderwijsonderzoek. Fontys: Radboud Universiteit.
- Harchaoui, S., Drenth, B.J., Frissen, P.H.A., Manshanden, J.G., Meijs, L.C.P.M., Van San, M.R.J.R.S., Winter, M., & Janssens, R. (2021). *Ontzorgen en normaliseren. Naar een sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg*. RMO: Den Haag.
- Harwood, V. (2006). *Diagnosing “Disorderly” Children: A critique of behaviour disorder discourses (1ste ed.)*. Londen, Verenigd Koninkrijk: Routledge.
- Hermanns, J. (2009). *Het opvoeden verleerd (oratie)*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Hilderink, A., Niessen, I., De Nooijer, A., Van Schoubroeck, C., Schoonenberg, D., Lustermaans, G.,..., Jansen, R. (2020). *Stelsel in groei*. Andersson Elffers Felix. IJsselgroep. (2019). *Stoornisdenken: de visie van Laura Batstra*. Geraadpleegd van: <https://www.ijsselgroep-pdij.nl/blog/123-stoornisdenken-de-visie-van-laurabatstra>
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, Kinderombudsman., Nationale ombudsman., Nederlandse Zorgautoriteit., & Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. (2022). *Samen verder. Kinderen en gezinnen met complexe problemen samen verder helpen*. Vervolgrapportage. Den Haag.
- Jenkins, R., Meltzer, H., Bebbington, P., Brugha, T., & Farrell, M. (2009). The British Mental Health Survey Programme: achievements and latest findings. *Social and Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44, 899-904.
doi:10.1007/s00127-009-01127
- Jonkman, H., Brock, A., Britt, B., & De Winter-Koçak, S. (2021). *Kennis versterken over de verbinding tussen onderwijs en jeugdhulp. Naar een nieuwe onderzoeksprogrammering*. Utrecht: NRO.
- Jussim, L. (1986). Self-fulfilling prophecies: A theoretical and integrative review. *Psychological Review*, 93(4), 429–445. doi:10.1037/0033-295X.93.4.429

- Kamsma, E. G. E., & Dogterom, D. E. M. (2015). *Sociaal-emotionele competenties van leerlingen. De verbanden tussen individuele leerkracht-leerlinginteracties, sociaal emotionele competenties en leerresultaten in het regulier onderwijs* (Bachelor's thesis).
- Keeley, B. (2021). The State of the World's Children 2021: On My Mind--Promoting, Protecting and Caring for Children's Mental Health. *UNICEF*. 3. United Nations Plaza, New York, NY 10017.
- Kessler, R.C., Demler, O., Frank, R.G., Olfson, M., & Pincus, H. A. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *The New England Journal of Medicine*, 352(24), 2515-2523. doi: 10.1056/NEJMsa043266
- Kleijnen, E., & Van den Broek, A. (2010). Formele opvoedingsondersteuning. In: A. van den Broek, E. Kleijnen en S. Keuzenkamp (red.), *Naar Hollands gebruik? Verschillen in gebruik van hulp bij opvoeding, onderwijs en gezondheid tussen autochtonen en migranten*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Koomen, H., & Taal, M. (2006). Relaties met kinderen en leraren. In M. Taal, & A. Dudink (Eds.), *Schoolpsychologie: De school als context voor ontwikkeling* (pp. 122-158). Amsterdam: Boom Uitgevers.
- Ledoux, G., & Waslander, S. (2020). *Evaluatie passend onderwijs. Eindrapport Mei 2020*. Amsterdam: Kohnstamm Instituut.
- Leslie, L.K., & Wolraich, M.L. (2007). ADHD service use patterns in youth. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(6), 695-710. doi:10.1093/jpepsy/jsm023
- Linley, P.A., Joseph, S., Harrington, S., & Wood, A.M. (2006). Positive psychology: Past, present and (possible) future. *Journal of Positive Psychology*, 1, 3-16. doi.org/10.1080/17439760500372796
- Lockhart, N.C. (2017). Social network analysis as an analytic tool for task group research: A case study of an interdisciplinary community of practice. *The Journal for Specialists in Group Work*, 1-24. doi:10.1080/01933922.2017.1301610
- Mellin, E.A. (2009). Responding to the crisis in children's mental health: Potential roles for the counseling profession. *Journal of counseling & Development*, 87, 501-506. doi:10.1002/j.1556-6678.2009.tb00136.x

- Michael, K.D., Bernstein, S., Owens, J.S., Albright, A., & Anderson-Butcher, D. (2014). Preparing school mental health professionals: competencies in interdisciplinary and cross-system collaboration. In Weist, M.D., Lever, N.A. Bradshaw, C.P., & Owens, J.S., (Eds.) *Handbook of school mental Health: Research, Training, Practice and Policy*, 31-43. New York. doi:10.1007/978-1-4614-7624-5-3
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2019). Besluit van 1 oktober 2019, houdende regels inzake de opleiding tot orthopedagoog-generalist. *Staatsblad*, 318. Ministerie van Justitie en Veiligheid.
- Myers, D.G. (2000). The funds, friends, and faith of happy people. *American Psychologist*, 55, 56-67. doi:10.1037/0003-066X.55.1.56
- Overheid.nl. (2014). Jeugdwet. Geraadpleegd van: <https://wetten.overheid.nl/BWBR0034925/2021-07-01>
- Payton, J., Weissberg, R. P., Durlak, J. A., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., Schellinger, K. B., & Pachan, M. (2008). The Positive Impact of Social and Emotional Learning for Kindergarten to Eighth-Grade Students: Findings from Three Scientific Reviews. Technical Report. *Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning (NJ1)*.
- Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. (2012). *Ontzorgen en normaliseren*. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.
- Robins, L.N., Helzer, J.E., Weismann, M.M., Orvaschel, H., & Orvaschel, H. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, 41, 949-958. doi:10.1001/archpsyc.1984.01790210031005
- Scheerens, J., Brouwer, A., Sanders, P., Veldkamp, B., & Van der Vegt, A.L. (2019). *Fundamentele vragen over examens en toetsing. Eindrapportage*. Utrecht: Oberon.
- Scheepers, F. (2021). *Mensen zijn ingewikkeld. Een pleidooi voor acceptatie van de werkelijkheid en het loslaten van modellen*. Amsterdam: Singel Uitgeverijen.
- Snoek, M. (2013). Transfer en boudery crossing bij masteropleidingen voor leraren. *Tijdschrift voor lerarenopleiders*, 34(3), 5-16
- Steinweg, M., De Lange, A., Van de Thillart, C., Looman, B., De Haan, A., & Kleinjan, M. (2021). Preventief werken aan sociaal emotionele ontwikkeling en welbevinden: Een handreiking voor leerkrachten/docenten in het PO en VO. Utrecht: Utrecht University.
- Stichting Farmaceutische Kengetallen. (2013). Psychofarmaca bij jongeren vooral voor ADHD. *Pharmaceutisch Weekblad* 148(13).
- Swierstra, T., Tonkens, E., Bovens, M., & Pekelharing, P. (2008). De beste de baas. *Prestatie, respect en solidariteit in een meritocratie*. Amsterdam: AUP.

- Ten Have, M., Tuithof, M., Van Dorsselaer, S., Schouten, F., & De Graaf, R. (2023). *NEMESIS Kerncijfers psychische aandoeningen*. Trimbos-instituut, Utrecht.
- Timimi, S. (2015). Children and Young People's Improving Access to Psychological Therapies: inspiring innovation or more of the same? *BJPsych Bulletin*, 39(2), 57-60. doi:10.1192/pb.bp.114.047118
- Van der Ploeg, J. (2019). *De sociale ontwikkeling van het schoolkind*. Bohn Stafleu van Loghum. doi:10.1007/978-90-368-2232-9
- Van der Wolf, K., & Van Beukering, T. (2009). *Gedragsproblemen in de scholen*. Leuven/Den Haag: Acco
- Van der Wurff, H. (2021). Kinderombudsmannen schrijven een brandbrief: 'De jeugdhulp faalt'. Geraadpleegd van: Kinderombudsmannen schrijven een brandbrief: 'De jeugdhulp faalt' (trouw.nl)
- Van Dijk, E., Van Tol, D., Diemers, A. D., Wienen, A., & Batstra, L. (2022). Sick or Sad? A Qualitative Study on How Dutch GPs Deal With Sadness Complaints Among Young Adults. *Frontiers in Sociology*, 6, [765814]. doi:10.3389/fsoc.2021.765814
- Van Herpen, M. (2012). *De diagnose houdt kinderen op achterstand. Psychiatrisch model houdt onderwijs in wurggreep*. Geraadpleegd van: Art.-De-diagnose.pdf (marcelvanherpen.nl)
- Vanheule, S. (2015). *Psychodiagnostiek anders bekeken: kritieken op de DSM (1ste ed.)*. Tielt, België: Lannoo.
- Van Lieshout, P. A. H., Van der Meij, M. S. S., & Pree, J. C. I. (2007). *Bouwstenen Voor Betrokken Jeugdbeleid*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Van Nijendaal, G. A. (2014). Drie decentralisaties in het sociale domein. *Jaarboek overheidsfinancien*, 85-100.
- Van Stigt, M. (2018). Wat is er mis met een psychische diagnose? Column. Geraadpleegd van: Wat is er mis met een psychische diagnose? – Sociale Vraagstukken
- Van Swet, J., & Otter, den, M. (red.) (2017). *Vier jaar Leerkracht in Samenwerken*. Tilburg: Fontys OSO.
- Van Os, J. (2014). *De DSM-5 voorbij. Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ*. Leusden: Diagnosis uitgevers.
- Van Overveld, C. W. (2010). Onderwijs en gedragsproblemen: Prioriteit voor preventie. *Tijdschrift voor orthopedagogiek*, 49, 119-129.
- Van Peperstraten, H. (2012). Het belang van psycho-educatie. *Bijzijn XL*, 5(8), 18-25. doi:10.1007/s12632-012-0121-8.

- Verhoeven, N. (2020). *Thematische Analyse. Patronen vinden bij kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom uitgevers:
- Verhulst, F., & Verheij, F. (2014). *Kinder- en jeugdpsychiatrie* (1ste ed.). Assen, Nederland: Koninklijke Van Gorcum.
- Wang, P.S., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Angermeyer, M.C., & Borges, G. (2007). Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet*, 370(8), 841-850.
doi:10.1016/S01406736(07)61414-7
- Warren, M. (2005). Communities and schools: A new view of urban education reform. *Harvard Educational Review*, 75(2), 133-173.
doi: 10.17763/haer.75.2.m718151032167438
- Weist, M.D., Mellin, E.A., Chambers, K.L., Lver, N.A., Haber, D., & Blaber, C. (2012) Challenges to Collaboration in School Mental Health and Strategies for Overcoming Them. *School and Health*, 82, 97-105.
doi:10.1111/j.17461561.2011.00672.x
- Wentzel, K. R. (2009). Peers and academic functioning at school. In K. H. Rubin, W. M. Bukowski, & B. Laursen (Eds.), *Handbook of peer interactions, relationships and groups* (pp. 531-547). New York, NY: Guilford Press.
- Wesseling, T. (2021). *Normaliseren: een nadere verkenning*. De Haagse Hogeschool: Kennisnetwerk Jeugd Haaglanden & Universiteit Leiden
- Wienen, A. W., Sluiter, N., Thoutenhoofd, E., Jonge, P. de., & Batstra, L. (2019). The advantages of an ADHD classification from the perspective of teachers. *European Journal of Special Needs Education*, 34(5), 649-662.
doi:10.1080/08856257.2019.1580838
- Wienen, B. (2021). *Nieuw kinderrecht: het recht om te falen Hedendaagse kinderarbeid in Nederland – en hoe we die afschaffen*. Colofon. Nederlands Jeugdinstituut/Defence for Children.
- World Mental Health Survey Consortium. (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Journal of the American Medical Association*, 291(21), 2581-2590

BIJLAGEN

BIJLAGE 1. UITNODIGINGSBRIEF

Beste meneer/mevrouw,

In deze brief stel ik mijzelf graag voor en leg ik uit waarom ik u benader voor mijn onderzoek. Mijn naam is Lisse Wesselink en ik ben in februari 2020 afgestudeerd als Toegepast Psycholoog. Ik heb in de twee jaar daarna de premasters Ontwikkelingspsychologie en Orthopedagogiek afgerond en in september 2022 ben ik gestart met de master Orthopedagogiek. Ik ben al sinds ik mij kan herinneren geïnteresseerd in kinderen en jongeren en hun ontwikkeling, en dan met name het versterken van de sociaal-emotionele vaardigheden van jongeren zelf. In zowel de opleiding Toegepaste Psychologie als beide premasters heb ik natuurlijk veel geleerd over alles wat er in de ontwikkeling van kinderen en jongeren niet goed kan gaan, heb de stoornissen met de bijbehorende symptomen in mijn hoofd gestampt en veel over de verschillende manieren geleerd hoe we daar als professionals zijnde adequaat op kunnen acteren. Echter heb ik ook geluiden meegekregen vanuit de opleidingen en in gesprekken met professionals over een beweging dat steeds meer een ‘hot-topic’ aan het worden is binnen gemeenten, de jeugdgezondheidszorg en het onderwijs: de beweging van het diagnose-denken naar meer normaliseren en de-medicaliseren. Nu ik mij aan het ontwikkelen ben tot orthopedagoog is dit tevens een onderwerp wat mij aan het denken zet.

In het kader van de master Orthopedagogiek schrijf ik mijn thesis dan ook over de beweging van ‘diagnose-denken’ naar het normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren van de jeugdsector in de beroepspraktijk van de orthopedagoog. Dit onderzoek doe ik onder leiding van R. Mombarg, aangesteld bij de Rijksuniversiteit Groningen, afdeling Orthopedagogiek. Ik ben benieuwd hoe orthopedagogen zich hier toe verhouden. Zijn dit geluiden die ook binnen het professionele werkveld ter sprake komen? Wat is de visie van orthopedagogen op deze beweging en wat kan de rol van de orthopedagoog hier mogelijk in zijn?

Wie zoek ik?

Orthopedagogen werkzaam in diverse werksectoren.

Wat verwacht ik van u als deelnemer?

Bij deelname zal er een afspraak met u worden ingepland voor het interview dat online zal plaatsvinden. De vragen voor het interview krijgt u vooraf toegestuurd via de mail, zodat u er vast over na kunt denken. De gesprekken zullen maximaal 30 minuten zijn en worden opgenomen, mits hier alvorens toestemming voor is verkregen door u middels een informed consent. In de thesis worden uitspraken en citaties echter gepresenteerd zodat ze niet te herleiden zijn naar u als persoon.

Wat gebeurt er met uw gegevens?

De verkregen informatie wordt op een veilige plek opgeslagen en de opnames worden verwijderd nadat de thesis is afgerond.

Informatievoorziening

Bij deelname kunt u te allen tijde stoppen met het onderzoek, zonder hiervoor een reden op te geven. Dit kan totdat de onderzoeksresultaten gepubliceerd zijn. Indien gewenst ontvang je mijn masterthesis wanneer deze is afgerond.

Bij deze hoop ik u voor nu voldoende geïnformeerd te hebben en bent u nog steeds enthousiast om deel te nemen aan mijn onderzoek. Mocht u nog vragen hebben, dan ben ik telefonisch en via de mail bereikbaar. Ook is er ruimte voor vragen voorafgaand of tijdens het interview.

Bij voorbaat dank!

Met vriendelijke groeten,

Lisse Wesselink

Masterstudente Orthopedagogiek | lissewesselink@gmail.com | 06 37 28 18 14 | Groningen

BIJLAGE 2. INFORMED CONSENT

Informed consent (toestemmingsformulier)

Verklaring voor vastlegging en openbaarmaking van het interview

Naam geïnterviewde:

Geboortedatum:

Woonplaats:

Werkzaam als:

Nader te noemen de geïnterviewde verklaart als volgt:

De geïnterviewde verleent het recht om het op (**datum**), door Lisse Wesselink in het kader van haar masterthesis onderzoek de beweging van ‘diagnose-denken’ naar het normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren in de beroepspraktijk van de orthopedagoog, het interview op te nemen, te bewaren en voor het publiek toegankelijk te maken.

- De geïnterviewde verklaart dat het doel van dit onderzoek volkomen duidelijk is, dat hem/haar nadrukkelijk is verteld wat er met de informatie gedaan wordt.
- De geïnterviewde is nadrukkelijk gevraagd om het interview op te nemen met een recorder en gaat hier mee akkoord. De opname wordt verwijderd nadat er een transcriptie van gemaakt is.
- De geïnterviewde geeft akkoord voor de onderzoeker om transcripties te maken van de opname zodat de onderzoeker het interview kan analyseren en verwerken in de thesis. Deze transcriptie wordt verwijderd nadat de thesis is afgerond.
- De geïnterviewde geeft hierbij uitdrukkelijk toestemming voor openbaarmaking in de thesis van de informatie die in dit interview is verkregen, zonder dat deze informatie te herleiden is naar de geïnterviewde als persoon. De geïnterviewde zal geen beroep doen op zijn/haar portretrecht.

Handtekening geïnterviewde:

Te (**plaatsnaam**) op (**datum**),

Naam geïnterviewde:

.....

BIJLAGE 3. VRAGENFORMAT ORTHOPEDAGOGEN

VRAGENFORMAT INTERVIEW ORTHOPEDAGOGEN

Van het diagnose-denken naar normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren

Functieprofiel en visie	<ul style="list-style-type: none">- Wat zijn uw dagelijkse werkzaamheden als orthopedagoog?- Met welke visie en missie bent u ooit dit vakgebied ingestapt?- Is deze visie en/of missie veranderd in de loop der tijd?
De beweging	<ul style="list-style-type: none">- Bent u op de hoogte van de beweging die nu gaande is?- Is deze beweging, deze veranderende kijk, een onderwerp van gesprek in uw vakgebied?- Hoe verhoudt u zich tot de beweging betreffende meer normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren?"
Normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren	<ul style="list-style-type: none">- Wat houdt volgens u het problematiseren en medicaliseren in stand? Welke belemmeringen gelden er?- Wat ziet u als kansen voor het normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren?
De al dan niet rol van de orthopedagoog	<ul style="list-style-type: none">- Welke rol zou u zelf willen en/of kunnen spelen in de praktijk betreft de beweging naar meer normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren?- Wat heeft u hier in nodig? Van wie?
Afsluiting	<ul style="list-style-type: none">- Zijn er nog bepaalde dingen niet besproken en/of heeft u nog iets toe te voegen?

BIJLAGE 4. INTERVIEWSHEMA ORTHOPEDAGOGEN

Kennismaken	<ul style="list-style-type: none"> - Voorstellen - Onderzoekdoelen bespreken - Praktische informatie (tutoyeren) - Heeft u nog vragen?
Functieprofiel en visie	<ul style="list-style-type: none"> - Wat zijn uw dagelijkse werkzaamheden als orthopedagoog? - Met welke visie en missie bent u ooit dit vakgebied ingestapt? - Is deze visie en/of missie veranderd in de loop der tijd?
De beweging	<ul style="list-style-type: none"> - Korte inleiding over de beweging - Bent u op de hoogte van de beweging die nu gaande is? - Is deze beweging, deze veranderende kijk, een onderwerp van gesprek in uw vakgebied? - Hoe verhoudt u zich tot de beweging betreffende meer normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren?"
Normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren	<ul style="list-style-type: none"> - Wat houdt volgens u het problematiseren en medicaliseren in stand? Welke belemmeringen gelden er? - Wat ziet u als kansen voor het normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren?
De al dan niet rol van de orthopedagoog	<ul style="list-style-type: none"> - Welke rol zou u zelf willen en/of kunnen spelen in de praktijk betreft de beweging naar meer normaliseren, ontzorgen en de-medicaliseren? - Wat heeft u hier in nodig? Van wie?
Afsluiting	<ul style="list-style-type: none"> - Zijn er nog bepaalde dingen niet besproken en/of heeft u nog iets toe te voegen? - Nogmaals benoemen wat er met de informatie gedaan wordt. - Bedanken voor het interview.