

Normaliseren in de jeugdhulp

Visie en werkwijze van GGD verpleegkundigen

Anika ten Have (S4488288)

Faculteit der Gedrags- en Maatschappijwetenschappen, Rijksuniversiteit Groningen

Masterthesis (PAMA5166): Masteropleiding Orthopedagogiek

Eerste beoordelaar: Prof. dr. L. Batstra

Tweede beoordelaar: Dr. M. Lopez Lopez

Februari 11, 2022

Aantal woorden: 9991 (exclusief literatuurlijst en bijlagen)

Geschreven volgens APA 7

Samenvatting

In 2015 is de nieuwe jeugdwet ingevoerd, het doel van deze jeugdwet is het versterken van de eigen kracht van de jongere en van diens gezin en sociale omgeving. Door meer te demedicaliseren en normaliseren zou de enorme druk op de jeugdzorg moeten afnemen. Echter het omgekeerde gebeurde, sinds de invoering van de jeugdwet in 2015 nam het beroep op de jeugdzorg en jeugdhulp alleen maar toe. Professionals werkzaam in de jeugdhulp spelen een belangrijke rol in het proces van demedicaliseren en normaliseren, zij zullen deze begrippen tot uiting moeten laten komen in de praktijk. GGD-verpleegkundigen vallen onder die professionals. Er is echter nog weinig bekend over de visie en werkwijze van GGD-verpleegkundigen ten aanzien van normaliseren van emotionele – en gedragsproblemen bij jongeren. Doormiddel van kwalitatief onderzoek is dit geïnventariseerd. Tien GGD-verpleegkundigen zijn geïnterviewd ter beantwoording van de onderzoeksvragen. De resultaten laten zien dat de GGD-verpleegkundigen normaliseren een belangrijke taak van de GGD vinden, zij kennen zich hierbij een grote rol toe. Wel blijkt dat de GGD-verpleegkundigen nog geen eenduidige visie hebben ten aanzien van normaliseren. Het hebben van veel medische kennis en een totaalbeeld van het kind, wordt gezien als dé toegevoegde waarde van de GGD. De werkwijze van de GGD-verpleegkundige is het in kaart brengen van de situatie en het geven van adviezen. Helpend bij normaliseren zijn kennis, ervaring, korte lijnen met ouders en school en zichtbaarheid. Daarentegen worden maatschappij en sociale media, onzichtbaarheid, haperende samenwerking met ouders, school en externe organisaties en het zoeken van een verklaring voor het gedrag van het kind door ouders als niet helpend ervaren.

Abstract

The new Dutch Youth Act was launched in 2015. The aim of this Youth Act is to empower youngsters and their family and social environment. More demedicalization and normalization should diminish the enormous pressure on youth care. However, the opposite happened, since the introduction of the Youth Act in 2015, the demand on youth care has only increased.

Professionals working in youth care play an important role in the process of demedicalization and normalization, they will have to bring these concepts into practice. Nurses working for the Dutch Public Health Service (GGD nurses), are among those professionals. Little is known about the vision and practices of GGD nurses with regard to normalizing emotional and behavioral problems in young people. The present qualitative study is an effort to shed some light on this. The results show that the GGD nurses consider normalization as an important task of the GGD, the Dutch Public Health Service, they allot themselves a major role. It appears, however, that the GGD nurses do not yet have a clear and uniform vision with regard to normalization. Having a lot of medical knowledge and an overall picture is seen as the strong added value of the GGD and its nurses. The working method of the GGD nurses is to map out the situation and to give advice. Helpful in normalizing are knowledge, experience, short lines with parents and school and visibility. In contrast, society and social media, invisibility, unsteady cooperation with parents, school and external parties and the search for an explanation of their child's behavior by parents are experienced as not helpful.

Inhoud

Samenvatting	2
Abstract	3
Inleiding.....	5
Theoretisch kader	9
Jongeren in de jeugdhulp.....	9
Medicaliseren	11
Normaliseren	14
De professionals	15
Methode	17
Onderzoeksdesign en procedure.....	17
Doelpopulatie en onderzoekspopulatie.....	18
Instrumenten.....	18
Data-analyse	19
Resultaten	20
Aanpak/werkwijze GGD	22
Visie van de GGD-verpleegkundigen	24
Ervaring van de GGD-verpleegkundigen?	27
Conclusie en Discussie	34
Conclusie	34
Discussie.....	34
Literatuurlijst	41
Bijlagen.....	46
1. Toestemmingsformulier	46
2. Leidraad interview.....	47

Inleiding

Vanaf 1 januari 2015 is de jeugdwet van kracht, de bestuurlijke en financiële verantwoordelijkheid voor de jeugdhulp is hiermee verschoven van het Rijk naar de gemeenten. De jeugdwet streeft er naar het jeugdstelsel te vereenvoudigen en het efficiënter en effectiever te maken, met daarbij als uiteindelijk doel het versterken van de eigen kracht van de jongere en van het zorgend en probleemoplossend vermogen van diens gezin en sociale omgeving. Om dit te bereiken is er volgens de overheid een omslag (transformatie) nodig in de hulp aan jeugdigen en gezinnen (Bucx et al., 2018). Men zal preventief te werk moeten gaan en uit moeten gaan van de eigen verantwoordelijkheden en de mogelijkheden van de jeugdigen, hun ouders en hun netwerk. Demedicaliseren, ontzorgen en normaliseren spelen hierbij een belangrijke rol, zodat het beroep op dure gespecialiseerde hulp zal worden verminderd (Bruning, 2016).

De doelen van de Jeugdwet zijn niet behaald. Het aantal jongeren dat gebruik maakt van jeugdhulp is toegenomen van 363.310 in 2015 tot 430.990 in 2019. Dit is in een periode van vier jaar maar liefst een stijging van 18,6%. Er wordt hierbij gesproken over jongeren die alleen gebruik maken van jeugdhulp en niet van andere vormen zoals jeugdbescherming en jeugdreclassering (CBS, 2021). Gevolgen van deze stijging in de jeugdhulp zijn personeelstekorten binnen de sector en lange wachtlijsten (IGJ, 2019). Daarbij lijkt er ook geen sprake te zijn geweest van verschuiving van duurdere zorg naar goedkopere zorg dichterbij huis (CBS, 2018). Meer geld en ruimte voor zorgprofessionals zou volgens kinder – en jeugdpsychiaters helpend kunnen zijn, maar lector Bauke Koekkoek (2021) kijkt hier anders tegenaan. Volgens hem ligt het probleem niet per se aan te weinig tijd of geld, maar aan de keuzes die de sector zelf heeft gemaakt. Koekkoek (2021) beschrijft dat er tegenwoordig een sterke focus ligt op eenvoudige ‘(medische) oplossingen’, waarbij de

werkwijze neerkomt op: meer labels als een bestaand label niet werkt.

In de maatschappij van nu zien we dan ook steeds vaker dat bijvoorbeeld druk gedrag bij jongeren wordt gezien als abnormaal en problematisch (Gezondheidsraad, 2014). Jongeren die afwijken van de norm, krijgen al snel een problematische karaktereigenschap toegeschreven. Hiermee zien we dat de stap wordt gemaakt van gedrag van het kind naar een problematische eigenschap van het kind. Wanneer druk gedrag wordt gezien als een problematische karaktereigenschap, is de stap om het als medisch probleem te beschouwen, in dit geval ADHD, klein. Met een medische diagnose wordt een karaktereigenschap vertaald in een stoornis met een specifiek etiket en een veronderstelde fysiologische of neurologische basis (Dehue, 2014; Kristjansson, 2009). Vervolgens worden aan een dergelijke diagnose vaak ook oplossingsrichtingen gekoppeld binnen het medisch domein. Medicijnen richten zich op het wegnemen van de veronderstelde medische oorzaken. Ritalin is hiervan een bekend voorbeeld, hierbij is de aanname dat Ritalin een tekort aan dopamine in het brein van mensen met ADHD aanvult (Kristjansson, 2009). Hetzelfde zien we tegenwoordig gebeuren bij emotionele problemen onder jongeren. Bij somberheid of spanning wordt meer dan de helft van de jongeren doorverwezen voor specialistische hulp (Brand-Piek, 2014). Een toenemend aantal jongeren gebruikt antidepressiva (Stichting Farmaceutische Kengetallen, 2021). En in veel voorlichtingsmateriaal staat dat deze medicatie de werking van neurotransmitters die bij depressie ontregeld zouden zijn herstelt (Depressie vereniging, n.d.).

De benadering van snel doorverwijzen en behandelen met medicijnen staat haaks op de door de overheid gewenste normaliserende beweging. Hierdoor rijst de vraag of er momenteel voldoende ruimte, aandacht en kennis is bij zorgprofessionals om normaliseren in de praktijk te kunnen laten plaatsvinden.

Zorgprofessionals die vaak een eerste station zijn voor jeugdigen met psychische- en gedragsproblemen zijn jeugdverpleegkundigen die bij de Gemeentelijke Gezondheidsdiensten

(GGD's) werken. De focus van de jeugdverpleegkundige ligt op preventie en is erop gericht de gezondheid van de gehele populatie te beschermen, te bewaken en te bevorderen, op lichamelijk, cognitief en sociaal-emotioneel vlak. De aandacht gaat hierbij niet alleen uit naar de individuele jeugdige, maar ook naar de relatie tussen de jeugdige en diens omgeving. (Bakker-Camu & van Kuppevelt, 2014). Jeugdverpleegkundigen vormen hierdoor een belangrijke spil in de transformatie, zij kunnen worden gezien als poortwachters naar de jeugdzorg en hebben daardoor een belangrijke rol in de normaliserende benadering. Maar hoe kijken zij zelf aan tegen deze benadering? En wat is voor hen helpend of juist niet helpend bij het in de praktijk brengen van de gevraagde normaliserende aanpak? Over deze vragen gaat dit onderzoek. De onderzoeksvraag luidt:

Wat zijn de visies en werkwijze van GGD verpleegkundigen ten aanzien van normaliseren van emotionele – en gedragsproblemen bij jongeren?

Bij de onderzoeksvraag horen de volgende deelvragen:

- Hoe denken verpleegkundigen over normaliseren?
- Wat is de werkwijze van GGD-verpleegkundigen?
- Wat is helpend voor normaliseren?
- Wat is niet helpend voor normaliseren?

In hoofdstuk 2, het theoretisch kader, wordt allereerst ingegaan op het aantal jongeren in de jeugdhulp, dit zijn er veel. De biomedische visie lijkt een rol te spelen bij de toename van jeugdhulp en medische behandelingen. Een aspect van de biomedische visie is reïficatie, wat dit precies is en inhoudt wordt uitgebreid beschreven. Vervolgens wordt beschreven of medicaliseren nu wel of niet wenselijk is en hoe de (GGD) professional hierop kan inspelen. In hoofdstuk 3, de methode, kan u lezen hoe dit onderzoek is opgezet en uitgevoerd. Daarna in hoofdstuk 4 worden de resultaten van het onderzoek weergegeven. Uiteindelijk wordt in hoofdstuk 5, de discussie, antwoord gegeven op de onderzoeksvraag en gereflecteerd op de

bevindingen. Het hoofdstuk sluit af met enkele aanbevelingen voor theorie en praktijk.

Theoretisch kader

In het theoretisch kader wordt ingezoomd op de toename van het beroep op jeugdhulp in de afgelopen decennia en de rol die de dominante biomedische visie en het reïficerende denken hierbij spelen. Daarna wordt stilgestaan bij de vraag of medicalisering altijd onwenselijk is, of ook voordelen heeft. Vervolgens wordt de stap gemaakt naar normaliseren. Normaliseren wordt namelijk vaak beschreven als een soort van tegenhanger van medicaliseren, maar wat wordt er eigenlijk verstaan onder normaliseren en wat is het effect van normaliseren. Het theoretisch kader sluit af met een beschrijving van de rol van professionals bij (de)medicaliseren en normaliseren.

Jongeren in de jeugdhulp

Jeugdzorg is de verzamelnaam voor jeugdhulp, jeugdbescherming en jeugdreclassering. Onder jeugdhulp wordt het volgende verstaan: hulp en zorg aan jongeren en hun ouders bij psychische en/of sociale problemen, een verstandelijke beperking van de jongere of opvoedingsproblemen van de ouders (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2014) Eén van de doelen van de Jeugdwet was het beroep op jeugdzorg verminderen door opgroei- en opvoedproblemen te normaliseren en te demedicaliseren.

Echter, het omgekeerde gebeurde, want sinds de invoering van de Jeugdwet in 2015 nam het beroep op jeugdzorg en daarmee ook de jeugdhulp alleen maar toe. Pas in 2020 is er een daling geconstateerd in de jeugdhulp, maar dit lijkt eerder een gevolg van de coronacrisis dan van een transitie in denken en handelen binnen de zorg voor jeugdigen (Beelen, 2021). Ondanks de daling ontving nog steeds 1 op de 10 jongeren tot 23 jaar jeugdzorg. De problematiek onder jongeren lijkt ook niet te zijn afgenomen. Volgens recente schattingen van Unicef (2021) kampt 18 procent van Nederlandse jongeren van 10 tot 19 jaar met een

psychische aandoening. In meer dan de helft van de gevallen (55%) gaat het om een depressie of angststoornis (Unicef, 2021). Somberheidsklachten, angstklachten maar ook problemen met concentratie werden al voor de invoering van de Jeugdwet steeds vaker vanuit een medisch perspectief benaderd (Gezondheidsraad, 2014). De dominantie van de biomedische visie wordt in verband gebracht met de toegenomen vraag naar (jeugd)zorg voor psychische problematiek in de afgelopen decennia (Batstra et al., 2014).

Biomedische visie

Volgens de biomedische visie zijn stoornissen als ADHD het gevolg van hersendefecten of een disbalans van neurotransmitters in het brein (Batstra, 2017), ADHD wordt daardoor vaak beschouwd als een chronische ziekte die afwijkend gedrag veroorzaakt (Biederman & Faraone, 2005; William et al., 2013). Er is weinig oog voor de psychosociale achtergronden van psychische en gedragsproblemen, zoals ADHD en angststoornissen. Binnen de biomedische visie zoekt men in het individu naar oorzaken en ook naar oplossingen. Medische oplossingen als medicatie worden vaak gepropageerd. Er zijn echter vraagtekens over de veiligheid van medicatie als Ritalin (Swanson et al., 2017) of antidepressiva (Hetrick et al., 2021) voor jongeren. Een ander nadeel van het biomedisch denken is dat factoren en mogelijkheden in de context van een kind over het hoofd worden gezien omdat men de stoornis als oorzaak van het probleem ziet. Dit wordt ook wel reïficatie genoemd.

Reïficatie

Wetenschapssociologe Dehue (2014) omschrijft reïficatie als volgt: Reïficatie is een proces waarbij psychische stoornissen als concrete, zelf handelende entiteiten worden gezien die mensen kunnen 'treffen'. Psychische stoornissen, zoals angststoornissen en ziektes zijn

vergelijkbaar met een virus (Dehue, 2014). Feitelijk beschrijft een classificatie als ADHD alleen het gedrag van iemand en de kenmerken van dit gedrag. Door wetenschappers zijn deze kenmerken bestempeld als een stoornis. Daarna wordt er gezegd dat opvallend gedrag, zoals drukte, voortkomt doordat iemand de diagnose ADHD heeft (Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling, 2012).

Psycholoog en onderwijskundige Wienen (2019) is kritisch ten aanzien van deze ontwikkeling. Wienen stelt dat er te weinig rekening wordt gehouden met de context van de jongeren. Er wordt te snel een etiket, zoals bijvoorbeeld ADHD, aan de jongere gegeven. Op school moeten jongeren aan verschillende eisen voldoen. Op de basis- en middelbare school moeten ze toetsen maken en halen, op elk vak moeten ze een bepaalde ontwikkeling doormaken en daarbij worden jongeren opgehitst om bij de besten te horen. Van de jongere wordt verwacht dat hij betrokken is bij de les en andere leerlingen niet stoort. Wanneer het niet lukt om hierin mee te komen, wordt er 'onderzocht' waarom dit niet lukt. Gedurende het onderzoek wordt er geen rekening gehouden met bijvoorbeeld de grootte van de klas en het feit dat de jongere daardoor snel is afgeleid. Liever geeft men de jongere een etiket, zoals ADHD, waardoor de suggestie ontstaat dat we weten waardoor de jongere zich gedraagt zoals hij doet. Dit proces is een voorbeeld van reïficatie, steeds vaker wordt een beschrijvend diagnostisch label als verklaring voor een probleem gezien (Wienen, 2019).

Medicaliseren

Reïficatie en biomedisch denken werken medicalisering in de hand. Socioloog Conrad (2007) omschrijft medicalisering als het definiëren en beschrijven van een probleem in medische termen, het begrijpen met behulp van een medisch framework en het behandelen met een medische interventie (Conrad, 2007). Deze problemen en verschijnselen zijn dingen waar men tegenaan loopt en die als moeilijk en/of belemmerend worden ervaren in het

dagelijks leven, bijvoorbeeld onzekerheid, gedragsproblemen en sociale problemen. Op het moment dat zich iets voordoet wat niet wordt gezien als ‘normaal’ wordt dit bekeken en ‘beoordeeld’ door een medisch framework. Vervolgens hangt men er een medisch label aan en richt men zich op een medische oplossing (Rose, 2007). Door deze medische benadering bestaat het risico dat de context, waarin deze problemen en verschijnselen zich voordoen, steeds meer wordt vergeten. Met andere woorden, er wordt steeds minder gekeken naar hoe een context kan leiden tot een probleem, of hoe het veranderen van een context zou kunnen zorgen dat dit probleem niet meer wordt ervaren als een probleem. Er wordt steeds meer gekeken met welke diagnose, behandeling of pil het probleem het beste bestreden kan worden. Volgens Parens (2013) bestaat het risico dat met deze medische benadering van problemen een individu steeds meer als object wordt gezien in plaats van als subject. Een object kan worden gerepareerd of gemaakt door bijvoorbeeld een pil.

Wenselijk of onwenselijk?

Het proces van medicaliseren is op zich niet slecht, er zijn veel goede ontwikkelingen door ontstaan. Erfelijke ziektes kunnen bijvoorbeeld veel eerder ontdekt worden, waardoor er op tijd een behandeling voor kan worden ondergaan. Het medicaliseren van zwangerschappen heeft geleid tot de anticonceptiepil, waardoor de vrouw de eigen regie kan voeren over zwanger worden. Dit zijn mooie voorbeelden van de goede ontwikkelingen. Echter wanneer deze beweging omslaat naar ‘overmedicalisering’ en elk ‘probleem/verschijnsel’ gemedicaliseerd wordt moeten we de discussie voeren over de vraag wanneer medicaliseren wenselijk is of niet (Parens, 2013). Het Nederlands Jeugdinstituut (2020) stelt dat het jeugdhulpgebruik snel stijgt, waardoor het steeds moeilijker wordt om tegemoet te komen aan de zorgvraag (Nederlands JeugdInstituut, 2019). De trend in de jeugdhulp om te medicaliseren is dan niet langer wenselijk.

Filosoof Illich (1974) stelt dat gezondheid kan worden gezien als de ‘ability to cope’. Illich (1974) doelt hiermee op het vermogen van mensen om te accepteren dat zij bepaalde problemen ervaren in hun leven en om zelf om te kunnen gaan met deze problemen. Volgens Illich (1974) zou de trend om te medicaliseren daarom niet wenselijk zijn. Door problemen die zich voordoen in een mensenleven in toenemende mate te medicaliseren, zullen wij het als mensen steeds minder normaal gaan vinden om problemen te ervaren en dus ook minder goed leren om zelf met deze problemen om te gaan. Het gevolg hiervan zou kunnen zijn dat mensen bij het ervaren van een probleem voor (professionele) medisch hulp kiezen, waardoor zij niet meer zelf hoeven leren omgaan met een probleem. De kans bestaat hierdoor dat mensen afhankelijk worden van deze (professionele) medische hulp. Op deze manier kan medicaliseren de autonomie van mensen ondermijnen (Illich, 1974). Voorafgaand aan het proces van medicalisering is het daarom belangrijk om goed na te denken of het wenselijk is of niet om een bepaald probleem te medicaliseren. In het rapport van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2017) wordt ook geschreven over de (on)wenselijkheid van het proces van medicalisering. De RVS stelt dat er ook altijd in de context van het probleem gezocht moet worden of er een oplossing is voor het probleem, of dat er aanpassingen en/of veranderingen kunnen worden gedaan in de context waardoor het probleem niet langer meer als een probleem wordt ervaren. Denk hierbij bijvoorbeeld aan een leerling met veel bewegingsonrust in zijn lijf waardoor hij vaak achter zijn tafel staat in plaats van zit. Dit kan in de klas als een probleem worden ervaren, leerlingen achter hem kunnen bijvoorbeeld het bord en de leerkracht niet meer goed zien. Door deze leerling te verplaatsen naar een plek achterin de klas, is het staan achter zijn tafel niet meer een probleem. Het proces rondom medicalisering is onwenselijk op het moment dat dat er niet naar de context rondom het probleem wordt gekeken. Filosoof Kaczmarek (2019) beschrijft in zijn wetenschappelijke artikel ‘‘Medicine, Health Care and Philosophy’’ vier vragen die professionals kunnen helpen

bij de overweging in hoeverre het proces van medicalisering juist wel of niet wenselijk is:: 1. Is X terecht (h)erkend als probleem, 2. Komt het herkennen van X als probleem niet voort uit ongegronde en overdreven sociale verwachting, 3. Biedt een medische benadering de meest geschikte methode om X en de oorzaken ervan te begrijpen en 4. Zorgt het medicaliseren van X voor de meest effectieve en veiligste methode om X op te lossen (Kaczmarek, 2019) .

Bovengenoemde vragen kunnen volgens Kaczmarek (2019) zorgen voor meer inzicht in de (on)wenselijkheid van het proces van medicalisering.

Normaliseren

Normaliseren kan gezien worden als een tegenhanger van medicaliseren. Normaliseren betekent onder meer: ervan uitgaan dat klachten, tegenslagen en perioden waarin het niet zo lekker gaat bij het leven horen. Iedereen maakt het mee en de meeste mensen zijn ook goed in staat om daar mee om te gaan. Naar het effect van normaliseren en naar de manier waarop je het kunt doen is nog niet veel onderzoek gedaan. Wel is onderzocht dat het uitspreken van een positieve verwachting over het beloop van klachten een gunstige invloed heeft op de klachten (Mistiaen et al., 2015; Howick et al., 2018). Hetzelfde geldt voor het geven van voorlichting en adequaat geruststellen (Traeger et al., 2015). Van der Horst (2018) beschrijft dat hij zelf heeft ondervonden dat het helpend is wanneer je de tijd voor iemand neemt en niet te snel vragen en ongerustheid wegwuift. Erken ongerustheid als daar sprake van is en ga na waar die ongerustheid op gebaseerd is. Leg vervolgens uit waarom jij als professional die ongerustheid niet deelt, geef een alternatieve, begrijpelijke verklaring voor de klachten of leg uit dat de kans uitermate klein is dat iemand een bepaalde aandoening onder de leden heeft. Ook wanneer mensen een tijd niet lekker in hun vel zitten of vervelende dingen meemaken is normaliseren van belang. In zulke situaties is het van belang dat allereerst wordt nagegaan of er geen sprake is van een ernstige depressie, PTSS of een andere psychiatrische aandoening.

Wanneer dit niet aan de orde is kan er worden gekeken welke hulpbronnen mensen hebben. Het geven van uitleg over de gebruikelijke fasen in een verwerkingsproces is ook helpend. Uitleg over het beloop van de klachten en daar positief over zijn, uiteraard als dat gerechtvaardigd is, geeft mensen naast het vertrouwen dat het weer beter zal gaan, ook steun en het idee dat ze dat aankunnen (Howick et al., 2018).

De professionals

Professionals spelen een belangrijke rol in het proces van wel of niet medicaliseren. In de jeugdwet staat beschreven dat men streeft naar demedicalisering, ontzorgen en normaliseren van de jeugdsector (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2014). De professionals die werkzaam zijn in de jeugdhulp, zullen deze begrippen tot uiting moeten laten komen in de praktijk. Het ministerie van VWS (2014) beschrijft dat het uitgangspunt bij het demedicaliseren, een proces van ontzorgen en normaliseren zou moeten zijn. De verantwoordelijkheid voor gezond en veilig opgroeien ligt in de eerste instantie bij de ouders en de jongere zelf. De professional zal daarom niet de volledige zorg moeten overnemen van ouders en jongere, maar een meer ondersteunende rol op zich moeten nemen. Volgens de RMO (2012) heeft angst voor incidenten er mede voor gezorgd dat veel gewone problemen tot grootschalige zorgproblemen zijn gemaakt. De RMO (2012) beschrijft dat de zware hulpverlening hierdoor een grote rol heeft ingenomen in het dagelijks leven en dat de eerstelijns hulpverlening versnipperd en verzwakt is geraakt. Volgens het NJI (2019) zijn ouders hierdoor meer afhankelijk geraakt van professionals. In het rapport van de RMO (2012) wordt beschreven dat de professional ondersteuning moet verlenen aan (kwetsbaren) gezinnen die gericht is op het 'ontzorgen' van dagelijkse opvoedproblemen en het (weer) zelfstandig kunnen organiseren van het gewone dagelijks leven. Hier ligt voor de professionals een belangrijke opdracht, zij moeten anders hulp gaan bieden en deze hulp moet

op maat worden aangeboden. In plaats van zware zorg toekennen, is het belangrijk dat de professional ondersteuning gaat geven dichtbij de jongere waarbij wordt gekeken naar de mogelijkheden binnen het gezin. De ondersteuning wordt geboden binnen een vertrouwde sociale omgeving, tenzij het gezin echt zware zorg nodig heeft (RMO, 2012). GGD Jeugdverpleegkundigen kunnen worden gezien als één van de poortwachters naar de zware zorg of anders gezegd de jeugdzorg en hebben daardoor een belangrijke rol in de normaliserende benadering. Om medicalisering tegen te gaan zullen GGD jeugdverpleegkundigen misschien een andere werkwijze moeten hanteren, zodat zij voldoende in staat zijn om de opdracht vanuit de jeugdwet gericht op onder andere normaliseren uit te kunnen voeren (MVWS, 2014). *Stepped diagnosis* zou hierbij een passende benadering kunnen zijn. *Stepped diagnosis* is een benadering die onnodige classificaties kan voorkomen zonder onderbehandeling te riskeren. Er wordt pas geclassificeerd als behandeling zonder classificerend label onvoldoende helpt (Batstra et al., 2014). Het voordeel van deze benadering is dat kinderen die wel een psychiatrische behandeling/ jeugdhulp nodig hebben niet worden gemist en het aantal kinderen dat ten onrechte wordt gediagnosticeerd met een psychiatrische stoornis wordt verminderd (Batstra et al., 2014) en daardoor het medicijn gebruik indirect ook.

Methodie

Onderzoeksdesign en procedure

Dit onderzoek betreft een kwalitatief onderzoek naar de visie en werkwijze van GGD verpleegkundigen ten aanzien van het normaliseren van emotionele – en gedragsproblemen bij jongeren. Het onderzoek heeft een exploratief karakter, dit houdt in dat er vanuit de praktijk zal worden bekeken welke concepten ons kunnen helpen om fenomenen te begrijpen (Brohm & Jansen, 2019). Op dit moment is er nog weinig inzicht in de manier waarop GGD-verpleegkundigen omgaan met zorgvragen omtrent afwijkend en problematische gedragingen en emoties en de invloed hiervan op (de)medicalisering in de jeugdhulp. Het onderzoek is daarom bedoeld om nieuwe informatie op te doen en het onderzoeksgebied te verkennen voor eventueel vervolgonderzoek.

Om (meer) inzicht te verkrijgen in de visie en werkwijze van GGD verpleegkundigen zijn er semi-gestructureerde interviews afgenomen door de onderzoekers. Bij een semi-gestructureerd interview bereidt de interviewer een lijst met vooraf bepaalde vragen voor, maar krijgen participanten ook de kans om zich te richten op kwesties die zij belangrijk vinden (Longhurst, 2003). De interviews zijn afgenomen bij tien GGD-verpleegkundigen. De afname heeft, wegens de corona-maatregelen online plaatsgevonden. Voorafgaand aan de interviews is er een toestemmingsformulier (bijlage 1) verstuurd naar de respondenten. De respondenten zijn hierin geïnformeerd over het doel van het onderzoek, de relevantie van het onderzoek en de wijze van data verzameling. Tevens werd hierin genoemd dat de gegevens van de respondenten gepseudonimiseerd worden verwerkt (namen, plaatsnamen e.d. worden vervangen door XX) en dat de respondenten zich op elk moment kunnen terugtrekken zonder reden van opgave en consequenties. De interviews zijn, met toestemming van de participanten, opgenomen, zodat de interviews op een later moment getranscribeerd konden worden. Vanuit de interviews zijn op inductieve wijze elementen geëxtraheerd over de visie

en werkwijze van GGD-verpleegkundigen, deze elementen zijn verwerkt in een codeboek. Met behulp van het codeboek zijn de afgenomen interviews vervolgens gecodeerd. Hierdoor is er een breder beeld ontstaan ten aanzien van de onderzoeksvraag. De geluidsfragmenten zijn na het transcriberen van de interviews gewist. De gepseudonimiseerde transcripten worden 5 jaar bewaard op de beveiligde harde schijf van de Rijksuniversiteit Groningen. Aan de respondenten is toestemming gevraagd voor het gebruiken van de gepseudonimiseerde data voor mastertheses en artikelen.

Doelpopulatie en onderzoekspopulatie

De doelpopulatie voor het onderzoek betrof GGD-verpleegkundigen werkzaam in Overijssel. De onderzoekspopulatie bestond uit tien jeugdverpleegkundige werkzaam bij GGD IJsselland. Er was sprake van convenience sampling; binnen de organisatie is een oproep gedaan om potentiële participanten te bereiken. GGD verpleegkundigen die bereid waren om deel te nemen aan het onderzoek konden op deze oproep reageren. Er gold hierbij één inclusie criterium: De participant moest op dat moment werkzaam zijn als jeugdverpleegkundige.

Instrumenten

Met behulp van semigestructureerde interviews zijn de visie en werkwijze van GGD-verpleegkundigen ten aanzien van normaliseren in kaart gebracht. De vragen uit het onderzoek waren vooral gericht op maatschappelijke factoren, persoonlijke factoren en op de werkwijze normaliseren. Een aantal vragen gericht op de werkwijze normaliseren waren bijvoorbeeld: *Heeft u wel eens van het begrip normaliseren gehoord, wat is uw eerste associatie bij normaliseren of in hoeverre heeft normaliseren een plek in uw werk?* Om nog meer een beeld te krijgen van de werkwijze van de GGD verpleegkundigen is er tijdens het

interview ook een casus besproken. In de bijlage (2) is het volledige leidraad van het interview opgenomen. Op het moment dat de interviewer het idee had dat de interviewleidraad grotendeels was opgevolgd en dat er antwoord kon worden gegeven op de onderzoeksvraag, heeft de interviewer het interview af rond.

Data-analyse

De data is geanalyseerd door middel van een thematische analyse. Hierbij is gebruik gemaakt van een inductieve benadering om de hoofdthema's uit de verkregen data te halen. Twee onderzoekers hebben als eerste stap, afzonderlijk van elkaar, het eerste transcript open gecodeerd en hierbij passages aangestreept die relevant waren voor de onderzoeksvraag. Als tweede stap zijn de open codes, van beide onderzoekers, naast elkaar gelegd. De onderzoekers hebben hiervan samen clusters gevormd. Op deze manier is er een eerste versie van het codeerschema ontstaan. Met dit codeerschema hebben beide onderzoekers, afzonderlijk van elkaar een volgend transcript gecodeerd. De resultaten zijn vervolgens met elkaar vergeleken en er is opnieuw consensus gezocht over codes en clusters. Op basis hiervan is het codeerschema aangepast. Door op deze manier circulair te werken, van codes naar clusters naar meer overeenstemming en weer terug naar de codes en clusters trad er na ongeveer zes transcripten bijna volledige overeenstemming op en is er een codeboek ontstaan, dit codeboek bestaat uit verschillende clusters ofwel thema's. Voor het codeerproces is er gebruik gemaakt van het programma ATLAS.ti 9. Atlas.ti 9 is een softwareprogramma voor kwalitatieve data-analyse (Lectures, n.d.). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is in dit onderzoek berekend met behulp van de Cohens's Kappa (k) (Flick, 2014) en komt uit op een waarde van 0,78. Een Kappa waarde tussen 0,61-0,80 wordt beoordeeld met voldoende tot goed.

Resultaten

In dit huidige onderzoek ligt de focus op de visie en werkwijze van GGD-verpleegkundigen ten aanzien van normaliseren in de jeugdhulp. Om hier meer inzicht in te krijgen zijn er tien GGD verpleegkundigen bevroegd. De resultaten worden gepresenteerd aan de hand van de vooraf opgestelde deelvragen. In tabel 1 staan de (sub)thema's weergegeven, die vanuit de inductieve analyse naar voren kwamen. De resultaten worden geïllustreerd met uitspraken uit de verschillende interviews.

Tabel 1

(Sub)thema's Visie en Werkwijze GGD-Verpleegkundigen ten aanzien van Normaliseren

Deelvraag	Hoofdcode	Thema	Subthema
Hoe denken verpleegkundigen over normaliseren?	Aanpak/werkwijze GGD	Normaliseren	Preventie
		belangrijke taak van de GGD	Belang opleiding/intervisie
		Rol jeugdverpleegkundige bij normaliseren	Situatie in kaart brengen Opbouwen vertrouwen Adviseren Bevestigen Erkennen
		Toegevoegde waarde GGD	Laagdrempelig Kennis normale ontwikkeling

	verpleegkundigen	Totaalbeeld
Visie van GGD- verpleegkundigen	Geen eenduidig beeld	<p>Onderscheid normaal – niet normaal</p> <p>Uitsluiten medische problemen</p> <p>Ouders geruststellen</p> <p>Omgeving en acceptatie van kinderen met emotionele – en gedragsproblemen</p>
Wat is helpend bij normaliseren?	Ervaring van GGD- verpleegkundigen	<p>Helpend bij normaliseren</p> <p>Kennis</p> <p>Ervaring</p> <p>Korte lijnen</p> <p>Zichtbaarheid</p>
Wat is niet helpend bij normaliseren?		<p>Niet helpend bij normaliseren</p> <p>Ouders zoeken verklaring voor gedrag</p> <p>Maatschappij en sociale media</p> <p>Onzichtbaarheid</p> <p>Haperende samenwerking</p>

Aanpak/werkwijze GGD

Betreffende de aanpak en werkwijze binnen de GGD benoemen de geïnterviewden de taak van de GGD in het algemeen, en hun eigen rol en toegevoegde waarde betreffende normaliseren in het bijzonder.

Taak GGD

Normaliseren is volgens de verpleegkundigen een belangrijke taak binnen de GGD, de GGD staat volgens de geïnterviewden voor preventie: *Vroeg beginnen voor het uit de hand loopt, geef ouders tips mee en benoem dat ze volgende maand weer eens langs mogen komen.*

Kinderen worden vanaf het begin van de geboorte gevolgd tot hun 18^e levensjaar. Van nul tot vier jaar worden er door de GGD standaard (preventief) contactmomenten ingepland, na het vierde levensjaar worden deze contactmomenten drastisch minder, maar zijn ze er nog wel. Alle gegevens/informatie word(en) beschreven in het digitaal dossier, waar de GGD over beschikt. De GGD is altijd aanwezig op de achtergrond, dit is een verschil ten opzichte van andere organisaties.

Daarnaast hecht de organisatie waarde aan het belang van opleiding en intervisie. De meerderheid van de verpleegkundigen geeft dan ook aan dat er voldoende opleidingsmogelijkheden zijn binnen de GGD, zo worden er verschillende trainingen aangeboden, waar men zich voor kan aanmelden. Ook komt normaliseren met regelmaat terug als thema tijdens intervisie en andere overleggen zoals een teamoverleg of een nabespreking van en spreekuur. Toch zijn er ook verpleegkundigen die aangeven dat het aanbod wat hun betreft wel mag worden vergroot, zij geven aan dat normaliseren niet standaard terugkomt bij de intervisie momenten en benoemen dat er dus best meer aandacht zou mogen zijn voor het normaliseren. Normaliseren zou meer op maat mogen worden aangeboden,

meer toegespitst op de leeftijdsgroep van de kinderen die zij zien gedurende de contactmomenten.

Rol van de verpleegkundige bij normaliseren

De geïnterviewde verpleegkundigen benoemen dat zij in de gaten houden of er lijntjes buiten de normaal curve gaan en of daar medisch iets mee gedaan moet worden of dat er in de opvoeding iets speelt. Dit doen zij in eerste instantie door de situatie goed in kaart te brengen, vaak gebeurt dit d.m.v. het afnemen van een (uitgebreide) anamnese. Vervolgens wordt er gewerkt aan het opbouwen van vertrouwen, hiervoor vinden huisbezoeken plaats, worden contact gegevens uitgewisseld en vinden er (bel)afspraken plaats. Met behulp van de verkregen informatie en kennis kunnen de verpleegkundigen ouders geruststellen en waar kan bevestigen dat er geen lijntjes buiten de normaal curve gaan. De GGD-verpleegkundigen geven tips en adviezen mee aan ouders en ruimte en tijd om hiermee aan de slag te gaan:

Waar nodig geven wij ouders tips en ondersteuning en daarna geven we ouders de ruimte om daarmee te experimenteren. Wat werkt voor een ouder en wat werkt voor een kind, je bent op de achtergrond bezig om te kijken te bedenken van oké, als er een vraag is wil je daar in meedenken en richting geven, maar je hoeft ouders niet aan het handje mee te nemen

Soms blijkt dat adviezen onvoldoende effect hebben: het gedrag/probleem lijkt niet te veranderen. Volgens de geïnterviewde GGD-verpleegkundigen is het aan hen om goed te filteren welke kinderen/gezinnen wel geholpen kunnen worden door te normaliseren en bij welke kinderen/gezinnen dit onvoldoende zal helpen. Wanneer blijkt dat normaliseren niet helpend is voor de jongeren en/of het gezin zal de verpleegkundige de jongere doorverwijzen naar de jeugdarts.

Toegevoegde waarde GGD-verpleegkundigen

De GGD-verpleegkundigen benoemen dat ze ernaar streven om laagdrempelig te zijn voor ouders en jongeren, ze benoemen dit dan ook als een belangrijke (toegevoegde) waarde binnen de GGD.

Ook hebben de GGD-verpleegkundigen over het algemeen veel (medische)kennis van de normale ontwikkeling. Alle GGD-verpleegkundigen hebben een medische achtergrond, hiermee onderscheiden ze zich ten opzichte van bijvoorbeeld een Wijkteam. De GGD-verpleegkundigen kunnen op basis van hun (medische)kennis goed inschatten wanneer iets normaal of abnormaal is.

Als laatste toegevoegde waarde benoemen de GGD-verpleegkundigen hun uitgebreide dossiervorming, waardoor zij een totaalbeeld hebben van de kinderen. De GGD-verpleegkundigen kennen de kinderen vanaf de geboorte, direct vanaf dat moment werken de GGD-verpleegkundigen aan dossiervorming. Ze beschikken hierdoor over veel informatie van het kind zowel op fysiek, mentaal en sociaal gebied. Daarnaast beschikken ze vaak ook over informatie ten aanzien van de omgeving van het kind. De GGD-verpleegkundigen benoemen dat dit totaalbeeld belangrijk is voor normaliseren en daardoor een toegevoegde waarde van de GGD.

Visie van de GGD-verpleegkundigen

De geïnterviewde verpleegkundigen hebben allen hun eigen visie t.a.v. normaliseren, dit maakt duidelijk dat er geen eenduidig beeld is t.a.v. normaliseren binnen de GGD. Het concept wordt op onderstaande uiteenlopende wijzen beschreven:

Onderscheid normaal en niet-normaal

Alle GGD-verpleegkundigen beschrijven dat het bij normaliseren van belang is om onderscheid te maken tussen wat normaal is en wat niet normaal is, wat kan er nog wel en wat

kan er niet meer?

We hebben een breed scala aan ontwikkelingsvariaties, we lopen niet allemaal via één model. Het is daarom van belang om goed naar het specifieke kind te kijken, valt het gedrag van dit kind in deze specifieke situatie nog onder het normale?

Om dit voldoende in te kunnen schatten speelt kennis een belangrijke rol, daarnaast maken verpleegkundigen ook gebruik van richtlijnen en testen. Hierbij wordt het gedrag van het kind altijd in perspectief geplaatst met de omgeving. Doordat de GGD over brede kennis beschikt van het kind, zowel op fysiek, mentaal als sociaal gebied, kunnen verpleegkundigen verklaringen geven of koppelingen maken die de situatie van het kind wellicht in een ander perspectief kan plaatsen.

We hebben richtlijnen waaraan we ons natuurlijk een beetje houden, wat een normale ontwikkeling is, maar links- en rechtsom hebben we bepaalde omstandigheden, die kunnen afwijken. Dan komt het ook allemaal goed, alleen dan anders.

Uitsluiten medische problemen

Normaliseren houdt volgens de meeste verpleegkundigen ook in dat er wordt uitgesloten dat er iets medisch aan de hand is. Bij normaliseren is het belangrijk dat er goed wordt gekeken naar het kind en naar het gedrag dat het kind vertoont, waar komt dit gedrag vandaan? Heeft dit een medische oorzaak of heeft het meer met het gezin en de opvoeding te maken. Hierdoor hebben de verpleegkundigen ook een functie om huisartsen te ontlasten. Op het moment dat kinderen echt met zichzelf in de knoop zitten en echt in een complexe situatie zitten dan moet er wel jeugdhulp geboden worden en verwijzen de verpleegkundigen door. De GGD verpleegkundigen beschikken over een medische achtergrond waardoor zij dit naar eigen zeggen kunnen inschatten, beter dan organisaties zoals bijvoorbeeld een wijkteam waar weinig mensen zitten met een medische achtergrond.

Ouders en jongeren geruststellen

Wat ook genoemd wordt in antwoord op de vraag wat normaliseren nou eigenlijk inhoudt is het geruststellen van ouders en jongeren. Ouders en jongeren moeten worden meegenomen in het proces van normaliseren. Het is van belang dat verpleegkundigen in kleine stapjes kijken wat ze ouders en jongeren mee kunnen geven om zo meer inzicht te geven in de situatie (en het gedrag van het kind). Hierbij is het van belang om ouders en jongeren altijd serieus te nemen op het moment dat ze signalen geven, als verpleegkundige mag je niet te makkelijk over deze hobbels heen walsen. Vervolgens moet je als verpleegkundige geruststellend en overtuigend kunnen zijn waar kan, onder andere uitleg geven over dat normaal heel breed is en erkenning geven aan ouders valt hieronder. Als verpleegkundige moet je daarom zelf goed in je hoofd hebben wat normaal is en hoe kinderen kunnen reageren bij de meeste voorkomende situaties en/of problemen.

Omgeving en acceptatie van kinderen met emotionele- en gedragsproblemen

Een aantal verpleegkundigen benoemen dat de omgeving en een stuk acceptatie ook belangrijk zijn bij normaliseren. Zo kunnen bijvoorbeeld kinderen in zwakke milieus die kenmerken van ADHD laten zien in een andere opvoedomgeving heel anders gedijen. Ondersteuning en handvatten voor ouders bieden in de thuissituatie is essentieel en kan veel betekenen voor zowel ouder als kind: *We zien dat 95 van de 100 kinderen waarbij ouders met vragen komen, al veel verder komen met een gesprek en een paar eenvoudige tips.*

Daarnaast benoemen de verpleegkundigen dat ouders en jongeren zich moeten realiseren en moeten accepteren dat vervelende dagen bij het leven horen. Dat je periodes hebt waarin je je niet zo fijn voelt en dat deze periode de ene keer langer duurt dan de andere keer. Dit is vervelend, maar er hoeft niet direct (medische)hulp ingeschakeld te worden. De

verpleegkundigen benoemen dat het in dit soort situaties van belang is dat je je eerst richt op je positieve gezondheid, wat gaat er al wel goed? Een diagnose maakt namelijk niet het verschil, het is niet zo dat als er een diagnose is gesteld er een acute oplossing beschikbaar is. Het gedrag blijft.

Hetzelfde geldt voor druk gedrag bij jongeren. Ouders moeten accepteren dat niet ieder kind hetzelfde is, het ene kind is nou eenmaal drukker dan het andere kind, kinderen mogen ook druk zijn, dat is normaal: *Je moet leren leven met wat je meegekregen hebt, het geeft hierbij niet dat het soms niet lukt.* De verpleegkundigen benoemen dat het bij het normaliseren van emotionele – en gedragsproblemen belangrijk is om te kijken naar het kind en naar het gedrag dat dit specifieke kind vertoont: *Wat heeft een kind nodig om goed te gedijen of dat nu met of zonder stempeltje is, de adviezen blijven altijd hetzelfde.*

Ervaring van de GGD-verpleegkundigen?

De GGD-verpleegkundigen beschrijven vanuit hun ervaring meerdere helpende – en niet helpende factoren ten aanzien van normaliseren. Als helpende factoren worden vooral ervaring, kennis, korte lijnen en zichtbaarheid beschreven door de GGD-verpleegkundigen. De ervaring dat veel ouders tegenwoordig een verklaring zoeken voor het gedrag van hun kind, de maatschappij en sociale media, de onzichtbaarheid van de GGD en de haperende samenwerking met ouders, school en externe organisaties worden door veel GGD-verpleegkundigen juist als niet helpend bij normaliseren ervaren.

Ervaring

De meeste GGD-verpleegkundigen benoemen ervaring als een helpende factor voor normaliseren. Ervaring zorgt er volgens de GGD-verpleegkundigen namelijk voor dat je sterker achter adviezen durft te staan en dat je overtuigend richting ouders kan zijn. Daarnaast

benoemen de GGD-verpleegkundigen dat ervaring er vaak voor zorgt dat je het ook aandurft om in situaties af te wachten en te kijken hoe de jongere reageert op alleen de tips en handelingsadviezen die zijn gegeven: *met tips van de GGD kom je al een heel eind. Niet alles hoeft heel veel zorg te zijn en niet alles hoeft een groot probleem te zijn.* En logischerwijs zorgt ervaring weer voor meer kennis en ook kennis wordt benoemd als een helpende factor.

Kennis

Kennis wordt zelfs door alle GGD-verpleegkundigen benoemd als een helpende factor voor normaliseren. Kennis zorgt er namelijk voor dat de GGD-verpleegkundige kan onderscheiden of het gedrag nog past bij de normale ontwikkeling of niet. Daarnaast kan de verpleegkundige deze kennis met ouders delen, waardoor ouders meer inzicht krijgen in de fases waar kinderen doorheen gaan. Meer kennis en inzicht bij ouders zorgt er volgens de GGD-verpleegkundigen voor dat ouders meer begrip krijgen voor de situatie en in kunnen zien dat bepaald gedrag in bepaalde levensfase niet verkeerd hoeft te zijn: *Het is belangrijk bij normaliseren om het feitelijk te houden. Je moet zelf goed in je hoofd hebben wat normaal is en hoe kinderen kunnen reageren bij de meest voorkomende situaties en/of problemen.* Ook kunnen verpleegkundigen goede tips en handelingsadviezen geven op het moment dat ze over voldoende kennis beschikken. Deze tips en handelingsadviezen kunnen ouders vervolgens inzetten, waardoor ouders vaak makkelijker kunnen aanhaken in het proces van normaliseren.

Korte lijnen

Een goede relatie tussen de verpleegkundige, kind en ouders is volgens veel van de GGD-verpleegkundigen ook helpend bij normaliseren: *Normaliseren is in eerste instantie de verbinding aangaan met diegene die tegenover je zit, het kind en de ouders. Hierbij is het van belang om korte lijntjes te houden met ouders en overtuigend te zijn bij ouders.* Om de

verbinding aan te kunnen gaan is het volgens de GGD-verpleegkundigen van belang dat je ouders en kinderen serieus neemt en dat je korte lijntjes hebt met ouders en jongeren. Om deze korte lijntjes aan te gaan met ouders en jongeren wordt genoemd dat je als GGD-verpleegkundige zichtbaar moet zijn zodat je makkelijk benaderbaar/bereikbaar bent voor ouders en jongeren. Zichtbaarheid wordt daarom als een belangrijke helpende factor gezien door de GGD-verpleegkundigen.

Zichtbaarheid

Echt alle GGD-verpleegkundigen benoemen dat je zichtbaar moet zijn als organisatie wil je kunnen normaliseren. Wanneer je als organisatie zichtbaar bent, zal er naar jouw expertise worden gevraagd. De verpleegkundigen benoemen dat de GGD zichtbaar is op het moment dat de kinderen 0 tot 4 jaar zijn. Er staan dan veel contactmomenten gepland waardoor het voor de verpleegkundige mogelijk is om kennis en ervaring te delen, preventief mee te denken en korte lijnen te onderhouden met ouders en kind, de GGD is op dat moment namelijk makkelijk benaderbaar en goed te bereiken. In de periode van 0 tot 4 jaar is de GGD dan ook altijd betrokken bij de kinderen.

Ouders zoeken een verklaring voor gedrag

De ervaring dat tegenwoordig steeds meer ouders op zoek zijn naar een verklaring voor het gedrag van hun kind wordt door meerdere GGD-verpleegkundigen genoemd als een niet helpende factor voor normaliseren. Een label/diagnose geeft ouders de bevestiging dat het niet alleen aan hen ligt, maar er is ook onvermogen bij het kind is: *Het mag namelijk nooit een falen zijn van zichzelf, of het falen van het kind, dus moet er een diagnose zijn. Als het ons niet lukt, nou dan moet er iets met mijn kind aan de hand zijn, dat kan niet anders.* Daarnaast benoemen de verpleegkundigen dat ouders het vaak handig vinden om een diagnose te

hebben, een diagnose geeft ouders namelijk het gevoel dat ze beschikken over duidelijke handvatten over hoe om te gaan met hun kind.

Maatschappij en sociale media

Ook worden verschillende factoren in de maatschappij als niet helpend ervaren door meerdere GGD-verpleegkundigen: De verpleegkundigen benoemen dat ze steeds meer de tendens zien dat mensen een dokter of een arts willen zien en het liefst medicijnen voorgeschreven willen krijgen. Wanneer ze dit niet bij de GGD voor elkaar krijgen, gaan ouders naar de huisarts en krijgen ze daar vaak een verwijzing: *Die huisarts heeft ook maar 10 minuten dus zegt die huisarts sneller van nou ik schrijf dat papiertje wel.* Een snelle oplossing lijken veel ouders als prettig te ervaren. Dit zou te maken kunnen hebben met onze steeds drukker wordende maatschappij, ouders die allebei werken, die ontzettend veel ballen in de lucht hebben te houden. Dit is immens, een snelle oplossing kan dan prettig zijn. Ook zien de GGD verpleegkundigen dat sommige scholen behoefte hebben aan een snelle oplossing. Een label/diagnose kan gemakkelijk zorgen voor medicijnen voor de leerlingen en een school kan makkelijker geld krijgen voor extra begeleiding wanneer er een label/diagnose aanwezig is.

Daarnaast benoemen de GGD verpleegkundigen dat zij zien en ervaren dat ouders steeds meer op hun strepen staan: *ik vind dat er onderzoek moet plaatsvinden.* Ouders zijn mondiger geworden, ouders hebben soms hun diagnose al klaar. Dit zien we ook terug in de diagnostiek, dat is veel meer geworden. Ouders zijn minder gevoelig voor wat autoriteiten zeggen. Ze denken het allemaal zelf wel te weten of in ieder geval uit te zoeken. Hierin speelt vooral sociale media een grote rol in. Ouders zoeken vooraf vaak veel op internet en kijken vervolgens of het gene dat de verpleegkundige vertelt wel overeenkomt met het geen dat zij zelf hebben gevonden op internet.

Onzichtbaarheid

En dan hebben we ook nog onzichtbaarheid. Onzichtbaarheid wordt door alle GGD-verpleegkundigen genoemd als een niet helpende factor voor normaliseren. De GGD-verpleegkundigen benoemen dat deze onzichtbaarheid ervoor zorgt dat GGD onvoldoende in beeld is bij ouders en jongeren en dat de GGD daardoor ook onvoldoende in beeld heeft. Bij kinderen tot vier/vijf jaar is de GGD goed in beeld, de ouders weten de GGD goed te vinden. Echter na deze periode zien de verpleegkundigen de kinderen pas in groep 7 weer aan de hand van een vragenlijst. Tussen groep 1/2 en groep 7 zit een gat van onzichtbaarheid, terwijl over het algemeen juist in deze periode de meeste diagnoses worden gesteld. Voorheen zagen de GGD verpleegkundigen de kinderen vaker, toen er nog vaste inloop spreekuren op scholen waren: *We waren het gezicht op school, we waren bekend op school, de IB'ers kenden ons, we hadden met regelmaat overleg met IB'ers, wij kenden de gezinnen, we zaten in allerlei netwerken, ook in de wijk, ook voor scholen, ja dat viel, dat stopte daarmee. We verliezen hiermee niet alleen de kinderen uit het oog, maar ouders ook.* Ouders hebben hierdoor soms het idee dat de GGD alleen voor nul tot vier is. *Hierdoor ervaren we dat we buitenspel worden gezet waardoor onze mogelijkheden voor ons gevoel niet optimaal worden benut. Dit zien we ook terug op basisscholen, zo zitten wij niet standaard aan tafel tijdens bijvoorbeeld zorg overleggen. Als er dan wel iemand van de jeugd GGZ aan tafel zit, signaleer je eerder voor de jeugd GGZ dan voor de GGD. Daarbij weten de hulpverleners ook niet altijd wat wij te bieden hebben en hoe we werken. Dit zien wij ook gebeuren bij het sociaal wijkteam. Waar vroeger de GGD-verpleegkundigen en scholen een sterk team waren, de GGD's hadden bijvoorbeeld standaard spreekuren op scholen, hebben nu de gemeentes bepaald dat het sociaalwijkteam en scholen een hecht team zijn.* Het sociaalwijkteam zit echter gelijk een schakel verder: *Het sociaalwijkteam kan verwijzen, zij kunnen veel meer dan wij. Maar dan*

zit je al wel direct in het medische of in het zorgtraject.

De jeugdhulp loopt dus niet altijd via de GGD, maar veel via het sociaal wijkteam. Voor scholen die opzoek zijn naar snelle oplossingen kan dit als praktisch worden ervaren, voor het proces van normaliseren wordt dit juist als niet helpend ervaren door de verpleegkundigen. De GGD verpleegkundigen pleiten daarom voor het volgende: *Graag die spreekuren weer terug!*

Haperende samenwerking

Wanneer je als organisatie minder of niet zichtbaar bent wordt het ook een stuk moeilijker om een samenwerking aan te gaan met ouders, school of externe organisaties. Deze haperende samenwerking wordt dan ook door meerdere GGD-verpleegkundigen genoemd als een niet helpende factor voor normaliseren:

Om goed samen te kunnen werken met externe organisaties is het volgens de verpleegkundigen van belang dat je goed in beeld bent bij de externe organisatie, dat men goed weet wat de GGD te bieden heeft en dat er onderling vertrouwen is. Helaas wordt dit op dit moment nog niet zo ervaren: *De samenwerking tussen het sociale wijkteam en de JGZ, ja dat is natuurlijk een beetje verdrietig hoe slecht dat loopt. Dat loopt niet. En hetzelfde geldt voor de jeugd ggz. Toch weinig vertrouwen in de organisaties onderling. En dan denk ik je hebt toch hetzelfde doel? We willen de jeugd veilig en gezond en alstublieft een beetje gelukkig groot laten worden.*

Ook de samenwerking met basisscholen wordt summier opgezet volgens de meeste GGD-verpleegkundigen. Op dit moment vinden er alleen nog de zo gehete relatiegesprekken plaats, deze gesprekken vinden maximaal twee keer per jaar plaats. Tijdens deze gesprekken gaat de verpleegkundige in gesprek samen met de IB'er en/of de directeur, zorgen kunnen op dat moment dan worden gedeeld, op zich een mooi idee, maar de gesprekken worden niet

altijd op de juiste manier ingevuld: *Een relatiegesprek heb ik bijna niet gevoerd. En dat is heel fout. We hebben elkaar gesproken en de school gevraagd of hier behoefte aan was, dit was er niet.* Volgens de GGD verpleegkundigen zorgen deze gesprekken er bij de meeste scholen dus niet voor dat de GGD in beeld is bij kinderen, ouders en leerkrachten. Zoals hierboven beschreven zorgt deze summiere samenwerking volgens de verpleegkundigen vooral voor onzichtbaarheid. De werkwijze van de GGD verpleegkundige binnen het voortgezet onderwijs is anders, daar is de verpleegkundige vaker aanwezig en is de verpleegkundige dus wel een vast gezicht op de school.

Doordat de GGD na het vierde/vijfde levensjaar vaak voor een langere periode uit beeld is bij ouders ervaren de GGD-verpleegkundigen dat de relatie na deze levensjaren verminderd met ouders, voor een goede samenwerking is dit nadelig. Ook geven sommige ouders aan dat ze geen contact willen met de GGD vanuit een ervaring vanuit het consultatiebureau of dat ze zich niet altijd gehoord voelen bij de GGD, waardoor ouders minder vertrouwen hebben in de GGD.

Conclusie en Discussie

Het doel van dit onderzoek was om meer inzicht te krijgen in de visie en werkwijze van GGD-verpleegkundigen ten aanzien van normaliseren in de hulp aan jeugdigen met emotionele – en gedragsproblemen. En om te onderzoeken wat volgens GGD-verpleegkundigen helpend en niet helpend is voor normaliseren.

Conclusie

Uit de interviews met tien jeugdverpleegkundigen werkzaam bij de GGD kwam naar voren dat zij normaliseren als belangrijke taak van de GGD zien en hier zichzelf een grote rol bij toekennen. Wel blijkt dat de verpleegkundigen allen hun eigen visie hebben ten aanzien van normaliseren, er is nog geen eenduidig beeld binnen de GGD. Op verschillende thema's komen de visies wel overeen. De toegevoegde waarde van de jeugdverpleegkundige is volgens hen dat ze de kinderen al van jongs af aan volgen en dus een totaalplaatje hebben. Daarnaast hebben ze veel (medische) kennis van de normale ontwikkeling. Hun werkwijze is naar eigen zeggen het in kaart brengen van problemen, het opbouwen van een vertrouwensband met kind, jongere en ouder, en het geven van bevestiging, erkenning en laagdrempelig advies. Helpend hierbij zijn kennis, ervaring, korte lijnen met ouders en school en zichtbaarheid. Daarentegen worden maatschappij en sociale media, onzichtbaarheid, haperende samenwerking met ouders, school en externe organisaties en het zoeken van een verklaring voor gedrag door ouders gezien als niet helpend.

Discussie

Zoals in het onderzoek wordt beschreven wordt normaliseren gezien als belangrijke taak van de GGD. Dit wordt op verschillende manieren gefaciliteerd binnen de GGD, zo komt normaliseren regelmatig terug tijdens intervisie en worden er trainingen/workshops geboden

gericht op het thema normaliseren. Toch wordt de ondersteuning door de verpleegkundigen wisselend ervaren, normaliseren heeft zeker een plek binnen de GGD, maar de ondersteuning zou volgens sommige verpleegkundigen meer op maat geboden mogen worden. Zoals het ministerie van VWS beschrijft hebben de professionals een belangrijke rol, zij zullen het begrip normaliseren tot uiting moeten laten komen (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2014), het is daarom van essentieel belang dat de GGD-verpleegkundige zich competent voelen ten aanzien van normaliseren en normaliseren voldoende (op maat) wordt gefaciliteerd vanuit de organisatie voor iedere verpleegkundige.

Wanneer we inzoomen op de werkwijze van de GGD, laten de resultaten ons zien dat de verpleegkundigen in eerste instantie de situatie in kaart brengen, daarna wordt er vaak gewerkt aan het opbouwen van vertrouwen, vervolgens geven de verpleegkundigen adviezen en worden ouders (waar kan) gerustgesteld dat hun kind zich binnen de normaalcurve ontwikkelt. Hierna geven de verpleegkundigen vaak tijd om aan de slag te gaan met de adviezen en doen ze even niets meer. Dit sluit aan bij de visie van Heath (2012) op demedicaliseren. Volgens Heath (2012) is het de kunst om even niets te doen. Heath (2012) beschrijft 'niets doen' als het tegengif voor de druk om te 'doen'; denk hierbij aan overdiagnose en overbehandeling. 'Niets doen' geeft tijd om te luisteren, op te merken en na te denken. Wat werkt voor deze persoon, op dit moment en op deze plaats het beste? En wat doet de tijd? En vervolgens doe je niets anders dan aanwezig zijn, iets wat de werkwijze van de GGD ook kenmerkt. De jeugdverpleegkundigen geven aan dat ze altijd op de achtergrond aanwezig (willen) zijn. De werkwijze van de GGD past goed bij de theorie van Heath (2012). Toch lijkt de werkwijze niet altijd aan te sluiten bij de verwachtingen van ouders en externe organisaties, in het onderzoek komt naar voren dat ouders maar ook sommige externe organisaties verwachten dat de GGD in actie komt. Doordat de werkwijze van de GGD anders in elkaar steekt hebben ouders en sommige externe organisaties hierdoor minder vertrouwen

in de GGD, en gaan ze toch opzoek naar andere hulp/een andere samenwerking.

Als niet helpend bij normaliseren beschrijven de GGD-verpleegkundigen dan ook het feit dat ze zien dat ouders steeds vaker opzoek zijn naar een verklaring voor het (probleem)gedrag, het (probleem)gedrag mag immers niet worden gezien als het falen van het kind of de ouders zelf. Een label/diagnose geeft ouders deze bevestiging. Deze gedachte van ouders past bij de theorie van het proces van reïficatie, waarbij een beschrijvend diagnostisch label wordt gezien als een verklaring voor het gedrag (Wienen, 2019). De naam ADHD wordt bijvoorbeeld gezien als de oorzaak van het drukke gedrag van een kind. Doordat men de naam ADHD ten onrechte aanziet voor de oorzaak voor ADHD-gedrag, kan er minder oog ontstaan voor mogelijke oorzakelijke factoren in de context van een kind. Hierdoor bestaat het risico dat problemen steeds meer medisch worden benaderd, met als mogelijk gevolg dat het individu meer als een object wordt gezien in plaats een subject. Een object kan men maken of repareren door bijvoorbeeld een medicijn (Parens, 2013).

Door problemen in toenemende mate te medicaliseren, zullen wij als mens het steeds minder normaal gaan vinden om problemen te ervaren en dus ook steeds minder leren om met deze problemen om te gaan. Het gevolg hiervan zou kunnen zijn dat mensen bij het ervaren van problemen voor (professionele) medische hulp kiezen. Deze tendens wordt door de GGD-verpleegkundigen al ervaren, steeds meer mondige ouders verwachten een medische behandeling, wanneer ze dit niet voor elkaar krijgen bij de GGD, tast dit het vertrouwen met de GGD aan en gaan ze naar verder de huisarts. De kans bestaat dat mensen afhankelijk worden van (professionele) medische hulp. Op deze manier kan medicaliseren de autonomie van mensen ondermijnen (Illich, 1974).

De geïnterviewde GGD-verpleegkundigen ervaren tussen groep 1/2 en groep 7 “een gat van onzichtbaarheid”. Ze voelen zich in deze periode buitenspel gezet en kunnen hierdoor niet aan alle kinderen, jongeren en ouders continuïteit bieden. Dat is jammer want goed

georganiseerde continue zorg wordt beschreven als een werkzame factor in de jeugdhulp (Ungar et al., 2014). Daarnaast worden juist in deze periode vaak de meeste diagnoses gesteld ten aanzien van gedragsproblemen (Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, 2015) .

Sterke en zwakke kanten van het onderzoek

Dit onderzoek kent een aantal sterke en zwakke kanten, deze zullen hieronder beschreven worden:

De tien respondenten zijn doormiddel van een convenience sampling geworven, er is hierbij geen navraag gedaan naar leeftijd en het aantal jaren werkervaring. Met deze manier van sampling kan de representativiteit moeilijk worden nagegaan. Daarnaast kan er sprake zijn van selectiebias, het is mogelijk dat de GGD-verpleegkundigen die zich vrijwillig hebben opgegeven voor dit interview over normaliseren in de jeugdhulp, verschillen van mening ten opzichte van de GGD-verpleegkundigen die zich niet hebben opgegeven. Het betreft echter een exploratief onderzoek waarbij generalisatie niet het hoofddoel is (Clarke & Braun, 2013). De interviews voor het onderzoek zijn online afgenomen vanwege Covid-19, een aantal keer viel de verbinding tijdens de interviews kort weg waardoor enkele zinnen niet volledig getranscribeerd konden worden.

Een sterke kant van dit onderzoek is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, welke maar liefst 0.78 was. Om deze Kappa waarde te bereiken zijn door twee onderzoekers de zes stappen van Verhoeven (2020) doorlopen, tussendoor heeft er veel overleg plaats gevonden, wat weer heeft geleid tot deel-iteratie; stap 2 t/m 5; coderen, thematiseren, reviseren en verfijnen en vaststellen en structureren, zijn gedurende dit onderzoek meerdere keren herhaald.

Aanbevelingen voor praktijk en onderzoek

De GGD is een organisatie die een belangrijke rol kan spelen in het proces van normaliseren en demedicaliseren en daarmee misschien ook in het terugdringen van de jeugdhulpcijfers. De volgende aanbevelingen zouden hierbij helpend kunnen zijn:

Aanbevelingen voor de GGD:

- Uit het huidige onderzoek blijkt dat er nog geen eenduidige beeld is binnen de organisatie ten aanzien van normaliseren. Een aanbeveling voor de beleidsmakers in de praktijk zou daarom zijn; Werk samen aan een visie voor normaliseren en zorg er als organisatie voor dat iedereen zich competent voelt om vanuit deze visie te werken. Zorg dat er een aanbod beschikbaar is qua trainingen gericht op onder andere kennis van normaliseren en het geruststellen – en het onderhouden van korte lijnen met ouders en jongeren. Daarnaast zou het mooi zijn als onervaren collega's mee kunnen lopen met ervaren collega's op het moment dat hier behoefte aan is.
- Wanneer we kijken naar de werkwijze van de GGD zien we dat er tijd wordt genomen om even 'niks te doen', dit is een kunst binnen de hulpverleningsorganisatie (Heath, 2012). Helaas zorgt deze werkwijze er soms voor dat ouders het vertrouwen verliezen in de GGD, ze voelen zich dan niet gehoord. De werkwijze van Stepped Diagnosis (Batstra et al., 2014) zou een passende benadering kunnen zijn. Ook hier is een stap *watchful waiting*. Binnen SD zijn 5 stappen die hulpverleners kunnen nemen voordat ze doorverwijzen naar specialistische zorg, zeer concreet omschreven. Door deze stappen vooraf met ouders te bespreken kunnen ouders meer het gevoel hebben dat ze gehoord worden en is het voor hen mogelijk ook makkelijker om even 'niks te doen'. Het zou mooi zijn als de beleidsmakers in de praktijk zich zouden kunnen verdiepen in deze concrete werkwijze.
- Om uit te zoeken of medicaliseren wenselijk is of niet én om mondige ouders, die

graag medicijnen willen voor hun kind, een beetje tegengeluid te bieden, kan het helpend zijn voor de professional om bij dit soort casussen standaard de vier vragen van filosoof Kaczmarek (2019) samen met de ouders te doorlopen en te beantwoorden: 1. Is X terecht (h)erkend als probleem, 2. Komt het herkennen van X als probleem niet voort uit ongegronde en overdreven sociale verwachting, 3. Biedt een medische benadering de meest geschikte methode om X en de oorzaken ervan te begrijpen en 4. Zorgt het medicaliseren van X voor de meest effectieve en veiligste methode om X op te lossen (Kaczmarek, 2019)

- *Graag die spreekuren weer terug!* Een laatste aanbeveling is weer voor beleidsmakers in de praktijk. Om medicaliseren terug te dringen zou het helpend kunnen zijn om de organisatie (weer) meer zichtbaarheid te geven, in ieder geval bij ouders en jongeren tussen de vijf - en achttienjaar. Ga met basisscholen het gesprek aan, benoem tijdens dit gesprek waarom het belangrijk is dat de GGD weer meer in beeld komt bij in ieder geval de basisscholen en bekijk vervolgens samen hoe er ook daadwerkelijk voor gezorgd kan worden dat dit gebeurt. Wat werkt voor zowel voor de GGD en de scholen. Dit kan leiden tot een betere samenwerking met ouders, school en externe organisaties waardoor de GGD-verpleegkundigen hun rol als ‘poortwachters’ naar de jeugdhulp beter kunnen vervullen.

Aanbeveling voor vervolgonderzoek: Nu er meer inzicht is verkregen in de visie en werkwijze van GGD-verpleegkundigen ten aanzien van normaliseren in de jeugdhulp zou een volgend onderzoek zich kunnen richten op de rol van de GGD-verpleegkundige vanuit een andere invalshoek. Op welke manier kijken ouders, scholen en bijvoorbeeld de wijkteams aan tegen de rol van de GGD-verpleegkundigen?

Daarnaast zou een volgend onderzoek zich kunnen richten op het effect van de

veelbesproken en veel gewilde spreekuren. Dragen spreekuren op basisscholen daadwerkelijk bij aan meer zichtbaarheid en een beter relatie met ouders, scholen en externe organisaties? En zorgen deze spreekuren indirect voor minder labels en een vermindering van de jongeren in de jeugdhulp?

Tot slot een laatste aanbeveling voor vervolgonderzoek. Een volgend onderzoek zou zich kunnen richten op de vraag hoe een stepped diagnosis model in de praktijk geïmplementeerd zou kunnen worden.

Literatuurlijst

- Bakker-Camu, B., & van Kuppevelt, M. (2014). *Expertisegebied jeugdverpleegkundige*.
Hilversum : Van der Weije Drukkerijen BV.
- Barbarese, W., Colligan, R., Weaver, A., Voigt, R., Killian, J., & Katusic, S. (2013).
Mortality, ADHD, and Psychosocial Adversity in Adults With Childhood ADHD: A
Prospective Study. *Pediatrics*, *131*(4), 637–644. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-2354>
- Batstra, L. (2017). *ADHD: Macht en misverstanden*. Hillversum : Uitgeverij Lucht BV.
- Batstra, L., Nieweg, H., Pijl, S., van Tol, D., & Hadders-Algra, M. (2014). Childhood
ADHD: A stepped Diagnosis Approach. *Journal of Psychiatric Practice*, *20*, 169-177.
[doi:10.1097/01.pra.0000450316.68494.20](https://doi.org/10.1097/01.pra.0000450316.68494.20)
- Batstra, L., Nieweg, E., & Hadders-Algra, M. (2014). Exploring five common assumptions on
Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Acta Paediatrica*, *103*(7), 696-700.
<https://doi-org.proxy-ub.rug.nl/10.1111/apa.12642>
- Beelen, B. (2021, april 30). *Daling aantal jongeren met jeugdzorg in 2020*.
<https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2021/17/daling-aantal-jongeren-met-jeugdzorg-in-2020>
- Biederman, J., & Faraone, S. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, *366*,
237-48.
- Brand-Piek, E. (2014). Diagnostiek en behandeling van depressie. *Huisarts & Wetenschap*,
57(9), 458-460. <https://www.henw.org/archief/volledig/id5824-diagnostiek-en-behandeling-van-depressie.html>
- Brohm, R., & Jansen, W. (2019). *Kwalitatief onderzoeken: praktische kennis voor de*

- onderzoekende professional*. Oosterhout: Sentia academic Publishers.
- Bruning, M. (2016). *Wetsevaluatie Jeugdwet - startnotitie evaluatie Jeugdwet vanuit juridisch perspectief*.
- Bucx, F., de Groot, J., Hageraats, R., & Pehlivan, T. (2018). Eerste Evaluatie van de Jeugdwet: transformatie in zicht? *Tijdschrift Voor Gezondheidswetenschappen*(96), 342-347. doi:<https://doi.org/10.1007/s12508-018-0205-3>
- CBS. (2018, maart 9). *In 2016 evenveel jongeren in jeugdzorg als in 2011*. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2018/10/in-2016-evenveel-jongeren-in-jeugdzorg-als-in-2011>
- CBS. (2021, oktober 29). *Kerncijfers over jeugdzorg, 2015-2020*. <http://www.opendata.cbs.nl>
- Clarke, V., & Braun, V. (2013). Teaching thematic analysis: Overcoming challenges and developing strategies for effective learning. *The Psychologist*, 26(2), 120-123.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: on the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press. <https://ebookcentral.proquest.com/lib/rug/detail.action?docID=3318347>
- Dehue, T. (2014). *Betere mensen. Over gezondheid als keuze en koopwaar*. Amsterdam: Augustus.
- Depressie vereniging. (n.d). *Antidepressiva*. Opgehaald van Depressievereniging: <https://depressievereniging.nl/behandeling/antidepressiva/>
- Flick, U. (2014). *An Introduction to Qualitative Research*. London: SAGE Publications Ltd.
- Gezondheidsraad. (2014). *ADHD: Medicatie en maatschappij*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Heath, I. (2012). The art of doing nothing. *European Journal of General Practice*, 18(4), 242-246. doi:10.3109/13814788.2012.733691
- Hetrick, S., McKenzie, J., Bailey, A., Sharma, V., Moller, C., Badcock, P., Meader, N. (2021). New generation antidepressants for depression in children and adolescents: a

- network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev*, 24(5).
doi:10.1002/14651858.CD013674.pub2
- Howick, J., Moscrop, A., Mebius, A., Fanshawe, T., Lewith, G., Bishop, F., Onakpoya, I. (2018). Effects of empathic and positive communication in healthcare consultations: a systematic review and meta-analysis. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 240-252. <https://doi.org/10.1177/0141076818769477>
- IGJ. (2019). *Kwetsbare kinderen onvoldoende beschermd*. Utrecht: Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd.
- Illich, I. (1974). *Medical nemesis*. New York : Pantheon books .
- Kaczmarek, E. (2019). How to distinguish medicalization from over-medicalization? *Medicine, Health Care and Philosophy*, 22, 119-128. <https://doi.org/10.1007/s11019-018-9850-1>
- Koekkoek, B. (2021, april 18). Psychiaters en psychologen, bevrijd jezelf uit het web van zelfbedachte labels. *Trouw*.
- Kristjansson, K. (2009). Medicalised pupils: the case of ADD/ADHD. *Oxford Review of Education*, 35(1), 111-127.
- Lectures*. (n.d.). Opgehaald van Radboud University: <https://www.ru.nl/lecturers/education-ict/tools/atlas-ti/>
- Longhurst, R. (2003). Semi-structured interviews and focus groups. *Key methods in geography*, 3(2), 143-156.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2014). *Jeugdwet*. <https://wetten.overheid.nl/BWBR0034925/2021-07-01>
- Mistiaen, P., van Osch, M., van Vliet, L., Howick, J., Bishop, F., Di Blasi, Z., . . . van Dulmen, S. (2015). The effect of patient-practitioner communication on pain: a systematic review. *European Journal of Pain*, 20(5), 675-688. Opgehaald van

<https://doi.org/10.1002/ejp.797>

Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. (2015). *Richtlijn: ADHD*.

<https://www.ncj.nl/richtlijnen/alle-richtlijnen/richtlijn/?richtlijn=24&rlpag=918>

Nederlands JeugdInstituut. (2019). *Het groeiende jeugdzorgerbuik*.

<https://www.captise.nl/Zorg-Jeugd/DigiBib/Details?entryId=19252>

Nederlands Jeugdinstuut. (2020, oktober 31). *Jeugdwet*. <https://www.nji.nl/Jeugdwet>

Parens, E. (2013). On good and bad forms of medicalization. *Bioethics*, 27(1), 28-35.

doi:10.1111/j.1467-8519.2011.01885.x.

Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling. (2012). *Ontzorgen en normaliseren: Naar een*

sterke eerstelijns jeugd- en gezinszorg. Den Haag: Raad voor Maatschappelijke

Ontwikkeling. <https://www.captise.nl/Zorg-Jeugd/DigiBib/Details?entryId=4379>

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. (2017). *Recept voor maatschappelijk probleem:*

Medicalisering van de levensfasen. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en

Samenleving. doi:10.1007/BF03088153 Retrieved from CrossRef

Rose, N. (2007). Beyond medicalisation. *The Lancet*, 369(9562), 700-702.

doi:10.1016/S0140-

Stichting Farmaceutische Kengetallen. (2021). Aantal jeugdige gebruikers antidepressiva 4%

hoger. *Pharmaceutisch weekblad*, 156(37).

Swanson, J., Arnold, L., Molina, B., Sibley, M., Hechtman, L., Hinshaw, S., . . . MTA

Cooperative Group. (2017). Young adult outcomes in the follow-up of the multimodal

treatment study of attention-deficit/hyperactivity disorder: symptom persistence,

source discrepancy, and height suppression. *J Child Psychol Psychiatry*, 58(6), 663-

678. doi:10.1111/jcpp.12684

Traeger, A., Hübscher, M., Henschke, N., Moseley, L., Lee, H., & McAuley, J. (2015). Effect

of Primary Care-Based Education on Reassurance in Patients With Acute Low Back

- Pain: Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 175(5), 733-743. doi:10.1001/jamainternmed.2015.0217
- Ungar, M., Liebenberg, L., & Ikeda, J. (2014). Young People with Complex Needs:. *British Journal of Social Work*, 44, 675-693. doi:10.1093/bjsw/bcs147
- Unicef. (2021, Oktober). *Mentale gezondheid Nederlandse jongeren slechter dan gemiddeld in Europa*. <https://www.unicef.nl/pers/2021-10-15-mentale-gezondheid-nederlandse-jongeren-slechter-dan-gemiddeld-in-europa>
- van der Horst , E. (2018). Medicaliseren of normaliseren: De arts als evenwichtskunstenaar. *Nederlands tijdschrift geneeskunde*, 162.
<https://vwsweb.adlibhosting.com/PDF/T2018ntvg51p50.pdf>
- Wienen, B. (2019). De medische diagnose als remedie? Omgaan met angst en schuldgevoelens. *Ouderschapskennis*, 2019(3).

Bijlagen



1. Toestemmingsformulier

Onderzoek: **professionals en normaliseren**

De Regionale kenniswerkplaats Jeugd IJsselland “Samen Normaliseren”, waarbij onder andere Windesheim Zwolle en de GGD IJsselland betrokken zijn, doen onderzoek naar de rol van de verpleegkundigen en artsen jeugdgezondheidszorg bij het ondersteunen van kinderen met een hulpvraag. Het doel van het onderzoek is om nieuwe kennis en handelingspraktijken voor gemeenten, mede-professionals en onderwijs te ontwikkelen als het gaat om normaliseren.

We vragen u om met ons in gesprek te gaan over uw werk in relatie tot het concept normaliseren. Wat is hierin volgens u de rol van de verpleegkundige/arts. Hoe geeft u hier uiting aan binnen de organisatie maar ook bijvoorbeeld binnen gesprekken met kinderen, ouders en andere betrokken partijen. Het interview zal ongeveer een uur duren.

Meer informatie over hoe wij omgaan met privacy, is te vinden op:

<https://www.ggdijssel.nl/privacy/>

We vragen enkele contactgegevens. Deze contactgegevens bewaren we apart van de antwoorden die u geeft tijdens het interview. Uw antwoorden zullen we zoveel mogelijk anonimiseren. De contactgegevens en uw antwoorden worden tot 1 jaar na afronding van het onderzoek.

Voor vragen over dit onderzoek kunt u contact opnemen met

XX, onderzoeker hogeschool Windesheim

E-mail: XX@windesheim.nl

XX, onderzoeker GGD IJsselland

E-mail: XX@ggdijssel.nl

Met het ondertekenen van dit formulier verklaart u het volgende:

- Ik ben voldoende geïnformeerd over het onderzoek. Ik kon aanvullend vragen stellen en mijn vragen zijn beantwoord. Ik had genoeg tijd om te beslissen of ik meedoe.
- Ik verklaar vrijwillig mee te doen aan dit onderzoek. Ik weet dat ik op ieder moment kan beslissen om toch niet mee te doen of te stoppen. Daarvoor hoef ik geen reden te geven.
- Ik weet dat het interview wordt opgenomen en dat deze opname alleen gebruikt wordt voor het analyseren van het interview. De opname wordt 1 jaar na afronding van het onderzoek verwijderd.
- Ik geef toestemming om mijn antwoorden/gegevens tot 1 jaar na afronding van het onderzoek te bewaren en te gebruiken voor anonieme rapportage.
- Ik geef **wel/geen** toestemming om uitgenodigd te worden voor eventueel vervolgonderzoek.

Naam deelnemer:

Datum:

2. Leidraad interview

Interview:

Inleidende vraag:

- *Wat vind u leuk aan uw vak? Wat drijft u hierin? Waar wordt u enthousiast van?*
- *Ervaring met jongeren die aangemeld zijn met afwijkend en of moeilijk gedrag. Heeft u hier weleens mee te maken?*
- *Behoort dit tot de taakopvatting van de GGD professional en tot wanneer dan? Wanneer kan het niet meer?*

Casus Koen:

Koen, een jongen van 12 jaar komt op het spreekuur, hij is aangemeld door zijn ouders. Zijn ouders vinden hem erg druk zowel thuis als op school, leraren geven dit ook aan. Hij kan zich niet goed concentreren, is snel afgeleid en lijkt overal meer zin in te hebben dan in school. Zijn schoolprestaties zijn hier het afgelopen jaar onder gaan lijden waardoor zijn ouders ook bang zijn dat hij op VMBO-T wordt ingeschaald terwijl hun overtuiging is dat hij makkelijk HAVO zou kunnen, dit is ze eerder ook altijd verteld door de leerkrachten en dit zouden ze eeuwig zonde vinden. Ze zouden graag een onderzoek willen voor verdere diagnostiek, want ze denken dat hun zoon ADHD heeft.

- *Wat gaat u doen op dat moment? Waar zou u het met deze ouders over willen hebben en hoe pakt u dat gesprek aan?*
- *Hoe zou deze jongen geholpen kunnen worden volgens u?*
- *Wat heeft u in uw hoofd qua eventueel vervolg traject?*
- *Hoe zien ouders jullie rol als het gaat om casussen als deze? Hoe zien partners/partijen jullie rol?*
- *Hoe zou dit volgens u anders kunnen? Zijn er verbeterpunten?*

Maatschappelijke factoren

Groei in het aantal kinderen dat jeugdhulp ontvangt: in 2018: 1 op 10, in 2020: 1 op 12 (ook vanwege corona). In sommige gemeentes liggen de aantallen hoger. In Zwolle was het percentage jongeren dat jeugdhulp ontving in 2018 11,45%

- *Wat vindt u van deze ontwikkeling? Hoe denkt u dat dit komt? Welke factoren spelen hierbij een rol?*
- *Ziet u een tendens in de samenleving en in de werkomgeving als het gaat om moeilijk en/of afwijkend gedrag onder jongeren en hoe we hiermee omgaan? Zo ja: Hoe zou het komen? Kunt u daar ook verklaringen voor geven?*
- *Wat is de rol van de GGD verpleegkundige of art volgens u?*
- *Hoe zou er een weerwoord kunnen worden geboden aan die toenemende jeugdhulp? Vanuit de organisatie? Vanuit de arts/vpk zelf? Wat heeft die daarvoor nodig?*

Persoonlijke factoren

- *Op welke manier neemt u bepaalde ervaringen uit uw eigen leven mee in uw werk? Om wat voor ervaringen/overtuigingen gaat dit?*
- *Wat vindt u belangrijk in uw werk en waar komt dat door? Kunt u dit in voldoende mate uitdragen?*
- *Op welke manier haalt u voldoening uit uw werk? Kunt u een voorbeeld noemen? Wat zijn belemmerende factoren of bevorderende factoren hiervoor.*

Normaliseren

- *Heeft u weleens van het begrip normaliseren gehoord? Wat is uw eerste associatie bij normaliseren? Eventueel uitleggen: normaliseren versus problematiseren.*

- *In hoeverre heeft normaliseren een plek in uw werk?*
- *Doorvragen: Op welke manier bent u met normaliseren bezig in het contact met ouders/kinderen/jongeren? Kun u hier een voorbeeld van noemen?*
- *Welke houding is volgens u helpend bij het normaliseren?*
- *Wat werkt niet bij normaliseren?*
- *In hoeverre is er in het werk ruimte voor reflecterende gesprekken over normen, waarden, ethische kanten van het werk? Gaat dit dan ook over normaliseren?*
- *In hoeverre worden jullie gefaciliteerd vanuit de organisatie als het gaat om normaliseren. Bijvoorbeeld training of intervisie.*
- *Hoe zou het normaliseren beter mogelijk zijn binnen uw werk? Zou er iets voor moeten veranderen? Zo ja wat dan?*
- *Hoe spelen richtlijnen en protocollen een rol in het werk? Zijn die helpend voor normaliseren of juist belemmerend?*
- *Hoe is de samenwerking met andere partijen? Bijvoorbeeld scholen. In hoeverre speelt normaliseren een rol in de samenwerking? Hoe loopt dit? Zijn hier voorbeelden van (positief of negatief)? Hoe is dat (niet) helpend als het gaat om normaliseren?*

Afsluitende vragen

- *Wat vond u van het interview?*
- *Heeft u nog aanvullingen/opmerkingen*

Hartelijk dank voor je deelname. Je krijgt een exemplaar van het transcript toe gemaild als deze klaar is. Mocht je naar aanleiding van dit interview of van het toegestuurd transcript nog vragen hebben dan kan je me altijd mailen. Vragen naar interesse in het eindrapport?

